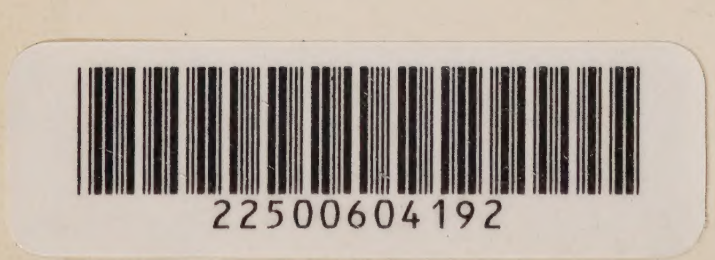
79

C122e



Bound by
E. WATSO
—239—
MARYLEBONE R
LONDON W

NUFFIELD LIBRARY
of the
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Telephone:
01-387 4499

BMA House
Tavistock Square
London WC1H 9JP

THIS LOAN MUST BE RETURNED TO THE LIBRARY BY THE LAST DATE STAMPED BELOW,

Loans not required by other Members may be renewed for ONE further period if application is made to the Librarian three days before the date for return. It is not necessary to return a loan before applying for a renewal.

OVERDUE LOANS. Recall notices will be sent at regular intervals for overdue loans, and a charge of 25p will be made for each recall notice despatched.

British Education Library Association

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6019id1398036

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION LIBRARY

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **Althaus** (London), **Bastelberger** (Eichberg), Professor **M. Bernhardt** (Berlin), **Buch** (Helsingfors), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **L. Edinger** (Frankfurt am Main), **Engelhorn** (Maulbronn), **Goldstein** Aachen), **Halbey** (Bendorf), **Hintze** (St. Petersburg), Direktor **Karrer** (Klingenmünster), **König** (Dalldorf), **Kron** (Berlin), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Eichberg), **Matusch** (Sachsenberg), **Möbius** (Leipzig), **Fr. Müller** (Graz), Direktor **Neuendorf** (Dessau), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Otto** (Dalldorf), **Pauli** (Köln), **Pierson** (Pirna), Sanitätsrath **Pollák** (Grosswardein), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Hamburg), **Rohden** (Oeynhausen), **A. Rosenthal** (Warschau), **Schoenthal** (Berlin), **Stoltenhoff** (Saargemünd), **Voigt** (Oeynhausen), **Wähner** (Bunzlau) u. A.

herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Koblenz.

VIII. Jahrgang 1885.

LEIPZIG,

Verlag von Theodor Thomas.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMCmec
Coll.
No.

I. Verzeichniss der Originalien.

1. Ein Fall von statischem Reflexkrampf von Dr. Erlenmeyer. pag. 1, 25.
2. Zur Kenntniss von den Balkenfunktionen nebst einem casuistischen Beitrag von Dr. C. Reinhard. pag. 49, 73.
3. Ueber Complication von peripherischer Facialparalyse mit Zoster faciei von Prof. Dr. A. Eulenburg. pag. 97.
4. Einige Bemerkungen zu den neueren Arbeiten über die Einwirkung der Wärme auf die Centren der Athmung, sowie der Herz- und Gefässnerven von L. Goldstein. pag. 99.
5. Beitrag zur Pathologie der sogenannten „Thomsen'schen Krankheit" von Prof. Dr. M. Bernhardt. pag. 122.
6. Zur Pathogenese des peripherische Facialisparalysen gelegentlich complicirenden Herpes Zoster von Dr. Ernst Remak, Privatdocent in Berlin. pag. 145.
7. Zur Aetiologie und Symptomatologie der Tabes von Sanitätsrath Dr. Voigt in Oeynhausen. pag. 169.
8. Zur Thomsen'schen Krankheit von Dr. Thomsen in Kappeln a. d. Schlei. pag. 193.
9. Ueber die Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung von Dr. Erlenmeyer. pag. 279.
10. Beitrag zur Lehre von den multiplen Neuritiden von Dr. E. A. Homèn, Docent an der Universität Helsingfors. pag. 313.
11. Tabes dorsualis illusoria von Prof. P. J. Kowalewsky in Charkoff. pag. 337.
12. Ueber Lähmungen des N. medianus von Prof. M. Bernhardt in Berlin. pag. 361.
13. Ein Fall von lateraler amyotrophischer Sclerose von Prof. Dr. A. Koschewnikoff in Moskau. pag. 409.

14. Bericht über die 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg von Dr. L. Goldstein in Aachen. pag. 433, 457, 481.
15. Ein Fall von Trepanation des Schädels wegen Epilepsie von Dr. Erlenmeyer. pag. 505.

II. Verzeichniss der Originalvereinsberichte.

1. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin. pag. 10, 57, 102, 150, 241, 267, 347, 521, 553.
2. Medicinische Gesellschaft zu Berlin. pag. 265, 300, 342, 525.
3. Physiologische Gesellschaft zu Berlin. pag. 246.
4. Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin, Balneolog. Section. pag. 147.
5. Medicinische Gesellschaft zu Leipzig. pag. 244, 371.
6. Aerztlicher Verein zu Hamburg. pag. 404.
7. K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. pag. 59, 152.
8. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. pag. 32, 555.
9. Psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg. pag. 78.
10. Congress für Phreniatrie und Neuropathologie zu Antwerpen. pag. 440.

Ein genaues Inhalts-Verzeichniss der 576 Referate findet sich am Ende des Bandes.

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Januar 1885. Nro. 1.

INHALT.

I. Originalien. Ein Fall von statischem Reflexkrampf. Vom Herausgeber.

II. Original-Vereinsberichte. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

III. Referate und Kritiken. Rosenbach: Ueber die unter physiologischen Verhältnissen zu beobachtende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindungen bei Anwendung von thermischen Reizen. Gorbazewitsch: Ueber den Einfluss verschiedenfarbigen Lichtes auf die Entwickelung und das Wachsthum der Säugethiere. Mierzejewsky und Rosenbach: Ein Fall von Compression des Rückenmarkes durch Caries der Brustwirbel. Ord: Ueber einige mit Affectionen des Nervensystems zusammenhängende Ernährungsstörungen. Kahler: Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien. Matthews: Die Pflicht des Wundarztes bei spinalen Verletzungen durch Eisenbahnunfälle. Pontoppidan, Myotonia congenita. May: Eine seltene Ursache peripherer Facialislähmung. Voigt: Ueber Complication von Herpes Zoster occipitocollaris mit schwerer gleichzeitiger peripherer Facialisparalyse. Tuppert: Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung. Schustow Epilepsia syphilitica. Winogradow: Ein Fall von acuter Epilepsie. Goschkewitsch: Zur Kasuistik der reflektorischen Kindereklampsie. Fowler: Zwei Fälle von Neurectomie wegen Facialis-Neuralgie. Grigorjew und Musikantow: Ueber die Behandlung von Intermittens mit dem faradischen Strom. Crothers: Acute Trunksuchtsanfälle. Clevenger: Klinische und therapeutische Berichte über Fälle von Irresein.

III. Miscellen. Neue Spritze zur subcutanen Injection.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Ein Fall von statischem Reflexkrampf.

Vom Herausgeber.

Unter statischen Krämpfen verstehe ich solche, welche durch Locomotionsbewegungen des Körpers ausgelöst werden. Selbstverständlich ist es hierbei, dass die statischen Krämpfe am häufigsten ihren Sitz in den Muskeln der Unterextremitäten haben. Doch sind auch schon Fälle beobachtet, in denen sich Rumpfmuskeln an den Krämpfen betheiligten; kommen doch neben dem Gehen auch das Stehen, Niedersetzen, Aufrichten und andere Körperbewegungen in Betracht, für welche die Thätigkeit gewisser Rumpfmuskeln erforderlich ist.

Mit dieser Definition schliesse ich mich eng an Albert Eulenburg[1]) an, befinde mich aber in Widerspruch mit der Auffassung Romberg's[2]) und der in neuester Zeit von Rudolph Arndt[3]) gegebenen, aber abzuweisenden Erklärung; denn mit Schwindelempfindungen, Schwindelbewegungen, Bewusstseinsstörungen und impulsiven Handlungen der Geisteskranken haben die statischen Krämpfe nichts zu thun.

Gewöhnlich werden sie unter die functionellen Krämpfe, die sogenannten coordinirten Beschäftigungskrämpfe rubricirt; sie unterscheiden sich aber doch wesentlich von denselben. Ich will kein grosses Gewicht darauf legen, dass es sich bei den Beschäftigungskrämpfen, um Verrichtungen und Handtierungen handelt, deren Endzweck und Ziel ausserhalb des Körpers liegt (schreiben, telegraphiren, schustern, schneidern etc.), während bei den statischen Krämpfen die Körperbewegung als solche allein in Frage kommt. Viel wichtiger ist die Differenz in der Pathogenese. Bei den reinen Beschäftigungskrämpfen handelt es sich unter allen Umständen um eine zeitliche und materielle Ueberanstrengung gewisser synergisch combinirter und coordinirter Muskelgruppen, durch welche auf centripetalem Wege ein abnormer Erregungszustand in bestimmten der Bewegung dienenden subcorticalen Centren erzeugt wird. Gelangt nun von dem höher gelegenen Willenscentrum ein Bewegungsimpuls in dieses, ich möchte sagen von der Peripherie aus tetanisirte Bewegungscentrum zweiter Ordnung, welches die Aufgabe hat diesen Willensimpuls in eine der zu leistenden Muskelarbeit adaequate Muskelcontraction umzusetzen und auf die coordinirten Muskeln entsprechend zu vertheilen, ausserdem die Antagonisten zu balanciren, so wird derselbe hier in abnorm gesteigerter Weise übertragen und statt einer zweckmässigen Con-

[1]) Eulenburg, Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten, Berlin 1871. pag. 697 ff.

[2]) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin 1840. I. Band, 1. u. 2. Abth. pag. 283, 284, 543. R. definirt die stat. Krämpfe als „Schwindelbewegungen, die eine interessante Parallele zu den Schwindelempfindungen darbieten". — „Alkohol-Intoxication ist nicht selten Anlass statischer Krämpfe, besonders der Schwindelbewegungen mit Impuls nach vorn." pag. 554. — R.'s mitgetheilte Fälle von statischen Krämpfen sind lediglich Fälle von Gehirnerkrankung (Hämorrhagie in den linken Seitenventrikel, Eiterherd im Cerebellum u. a.); die Bewegungsabnormitäten, welche sie zeigen, und die R. mit dem Namen st. Kr. belegt, bezeichnen wir heute als *Zwangsbewegungen* nach Verletzung gewisser centraler Gleichgewichtsorgane.

[3]) Rudolph Arndt, Artikel *„Convulsionen"* in Eulenburg's Real-Encyclopädie. I. Aufl. Band III. pag. 482. A. nennt die st. Kr. „coordinirte Bewegungsstörungen, die als Drehbewegungen, Rückwärts- oder Vorwärtslaufen, Rennen im Kreise oder auch als blosse Laufkrämpfe zur Erscheinung kommen". Er identificirt sie mit gewissen Formen larvirter Epilepsie (— „die in Verbindung mit Trübung des Bewusstseins an Stelle eines epileptischen Anfalles vorkommen —") und sagt, dass sie in „impulsive Handlungen" Geisteskranker übergehen können.

traction eines Muskels resp. einer Muskelgruppe ein Krampf derselben erzeugt. Bei den statischen Krämpfen dagegen wird dieser centrale krampferzeugende Reizzustand nicht von den überangestrengten Muskeln aus, welche später in Krampf gerathen, hervorgerufen; er entsteht nicht, wenn ich so sagen darf, reflectorisch, sondern er entsteht primär central. Die näheren Umstände, unter welchen er in diesen Fällen sich entwickelt sind uns allerdings vor der Hand nicht erschlossen; wir kennen nur Bedingungen mehr allgemeiner Art, die zu seiner Entstehung vorhanden sein müssen, von denen die erbliche Disposition zu Erkrankung des Centralnervensystems und eine allgemeine mit Blutarmuth verbundene Körperschwäche die häufigsten sind.

Aus dieser strengen Scheidung der Krankheitsentstehung ergeben sich nach meinem Dafürhalten für die Praxis zwei wichtige Folgerungen.

Einmal sind nicht alle auf die Muskeln der Unterextremitäten localisirten Krämpfe statische Krämpfe. Wenn auch in geringer Ausdehnung, so giebt es doch Berufsarten, bei denen die Muskulatur der Unterextremitäten fortgesetzt in Thätigkeit ist, bei denen also auch eine Ueberanstrengung vorkommen kann. Ich erinnere nur an die Gastrocnemius-Krämpfe der Maschinennäherinnen. Duchenne sah bei einem Schleifer einen Krampf der Fussbeuger eintreten, sobald derselbe den Fuss auf das Trittbrett setzte, um das Rad in Bewegung zu bringen. Schulz[1]) beobachtete bei Ballettänzerinnen nach anhaltendem Vorwärtsschreiten auf den Zehen (Spitzenpas) Krampf der Flexoren der grossen Zehe. Eulenburg[2]) behandelte einen 37 jährigen Neusilberarbeiter, der den ganzen Tag an der Walze stehend arbeiten musste, bei dem, sobald er den rechten Fuss zum Gehen oder Stehen ansetzte, ein clonischer Krampf im Quadriceps auftrat.

Zweitens sind Krämpfe in coordinirten Muskeln, wenn sie nicht in der eben erörterten Weise entstanden sind, nicht Beschäftigungskrämpfe zu nennen und nicht als solche aufzufassen, selbst wenn ihr klinisches Bild dem der anderen gleich ist. So besteht, um nur ein Beispiel zu erwähnen, nach meinem Dafürhalten keine Berechtigung die von Runge[3]) als „Schreibkrämpfe“ publicirten Fälle als solche, d. h. als Beschäftigungskrämpfe aufzufassen, denn es war, obwohl sich bei ihnen der Krampf symptomatologisch mit einem wirklichen Schreibkrampf deckte, nirgend eine berufsmässige Ueberbürdung der Finger- und Handmuskeln vorhergegangen. Im ersten Falle war des Krampfes Ursache eine Periostitis condyli externi humeri; im zweiten ein eingewachsener Daumennagel; im dritten eine hemiplegische Parese, und im vierten eine Neuritis ascendens durch schmerzhafte Geschwüre am Arm.

---

[1]) Schulz (Wien). Wiener med. Wochenschrift.

[2]) Eulenburg, Lehrbuch der funct. Nervenkrankh. I. Aufl. pag. 700. Diesen Fall hat E. als statischen Krampf publicirt, er ist aber seiner Aetiologie wegen als Beschäftigungskrampf aufzufassen.

[3]) Runge, Zur Genese und Behandlung des Schreibkrampfes. Berl. klin. Wochenschrift 1873. Nro. 21.

Ob wir überhaupt an der Hand solcher Fälle mit der Zeit nicht dahin gelangen werden den Begriff der Beschäftigungskrämpfe ganz fallen zu lassen und zu der Ansicht, oder vielmehr sogar zu dem Nachweise einer Neuritis ascendens mit Krämpfen kommen, die in einem Falle durch Ueberanstrengung der Muskeln, im anderen durch ein Trauma entsteht, namentlich wenn eine genauere Beobachtung bei diesen Fällen Muskelatrophien[1]) nachweist, diesen Gedanken will ich hier nur gestreift haben.

Die statischen Krämpfe kommen sowohl als tonische, wie als clonische vor. Sie können auf einen Muskel oder eine zu synergischer Thätigkeit combinirte Muskelgruppe localisirt vorkommen; sie können sich aber auch auf antagonistische Muskelgruppen, selbst zu allgemeiner Verbreitung ausdehnen.

Reine Formen statischer Krämpfe sind verhältnissmässig selten.

Hieraus schöpfe ich die Rechtfertigung für die folgende genaue Beschreibung eines von mir beobachteten Falles.

A. T., 28 Jahre alt, ledig, Referendar, stammt aus einer Familie, in der Nerven- oder Geisteskrankheiten nicht erblich sind, in der aber nach Aussage eines Bruders des Patienten (Arzt) Disposition zu Herzerkrankungen vorhanden sein soll. Aus seinem Leben ist bis zum Ausbruch der gegenwärtigen Erkrankung nichts zu erwähnen, was zu ihr in Beziehung zu setzen ist. Er hat nie besondere Excesse begangen, namentlich nicht in sexueller Beziehung, war nie inficirt. Im Trinken war er mässig, geraucht hat er nie. Vom Militairdienst wurde er wegen Myopie befreit.

Im Winter 1883/84 machte er die schriftlichen Arbeiten für das Assessorexamen und begann im Anfange des Jahres 1884 mit den Vorbereitungen zur mündlichen Prüfung. Er studirte sehr eifrig und angestrengt den Tag über, gönnte sich höchstens 1 bis 2 Stunden Pause, und hörte nie vor 10 Uhr Abends mit der Arbeit auf.

Nachdem er in dieser Weise ungefähr 6 bis 8 Monate gearbeitet hatte, stellte sich eine gewisse Erregung und allgemeine Unruhe bei ihm ein, die sich schnell steigerten. Es kamen Zuckungen in allen Körpermuskeln, die Patient mit dem Namen „Sehnenhüpfen“ bezeichnet. Namentlich waren Beine und Arme an diesen Zuckungen betheiligt. Beim Schreiben kam es in Folge derselben sehr häufig zu unbeabsichtigtem Ausfahren mit der Feder. Zu anderen Zeiten traten plötzliche kurze Erschütterungen des ganzen Körpers ein.

Gleichzeitig entwickelte sich Schlaflosigkeit, gegen welche Pat. schweres Bier (Kulmbacher) in ziemlich grossen und bisher ungewohnten

---

[1]) Poore, On case of Sawyers Cramp. Brain 1883, Juli. 38jähriger Kistenmacher; Zittern und Krämpfe der Hand- und Armmuskeln treten ein, wie er die Säge in die Hand nimmt. *Atrophie des Supraspinatus und Pectoralis major.* Ersterer ist beim Sägen am Meisten angestrengt, da er den Humeruskopf in der Gelenkpfanne fixiren muss. Ebenso ist der Pect. maj. beim Hin- und Herbewegen der Säge stark in Anspruch genommen. Poore äussert die Ansicht, dass überhaupt bei Beschäftigungsneurosen nicht ausschliesslich reine Coordinationsstörungen, sondern auch anatomische Veränderungen vorliegen.

Quantitäten zu trinken begann; er that dies Abends von 10 bis 1, selbst 2 Uhr.

Als er in der Nacht vom 8. auf den 9. Juni v. J., nachdem er den Tag über in gewohnter Weise sehr angestrengt gearbeitet und Abends mehrere Glas Kulmbacher Bier getrunken hatte, ohne indessen nur im Mindesten davon angetrunken oder gar berauscht zu sein, zwischen 12 und 1 Uhr in Begleitung von Collegen aus der Kneipe nach Hause ging, stürzte er plötzlich auf der Strasse lautlos zusammen. Mehrere Minuten war er bewusstlos; Krämpfe oder Zuckungen sind dabei von seiner Umgebung nicht beobachtet worden. Ueber die Gesichtsfarbe konnte wegen der Dunkelheit nichts festgestellt werden. Nachdem das Bewusstsein wiedergekehrt war — die Begleitung hatte den Ohnmächtigen gerüttelt und aufgerichtet — ging er mit Unterstützung nach Hause und legte sich zu Bett. Ein Concilium dreier Aerzte verordnete Bettruhe, und Eis auf den Kopf.

Während der ersten 48 Stunden nach der Ohnmacht konnte Pat. nicht uriniren. Als dann zum Katheterisiren geschritten werden sollte, gelang es ihm unter grosser Anstrengung der Bauchpresse den Urin stossweise in ganz kleinen Portionen zu entleeren. So blieb es noch 10 bis 12 Tage. Erst dann vermochte Pat. in ununterbrochenem Strahle die Blase zu leeren.

Der Appetit war schlecht, der Stuhl angehalten.

Schon am Tage nach der Ohnmacht griff eine tiefe Depression der Stimmung Platz; Pat. weinte viel. Er fühlte sich ungemein matt, kraftlos und schlaff.

Während der ersten 14 Tage bestand absolute Schlaflosigkeit.

Die Augen wurden gegen Licht ungemein empfindlich; ebenso das Gehör gegen Geräusche aller Art.

Pat. hatte das Gefühl als werde ein starker Druck auf den Scheitel ausgeübt. (Eiskappe, Kälte?)

Als er nach 14 Tagen aufstand, verspürte er eine deutliche Schwäche im linken Beine. Auch hatte er das Gefühl, als sei das linke Bein abgestumpft oder eingeschlafen. Diese Gefühlsstörung verlor sich aber sehr schnell und vollständig. In Folge dessen begann er täglich spazieren zu gehen.

Die anfänglich gänzlich ausgesetzten Studien zum Examen wurden allmählich, in kleinem Umfange, wieder aufgenommen.

Gegen den fortgesetzt ungenügenden Schlaf trank Patient Abends bald wieder mehrere Gläser Kulmbacher Bier, welches er schliesslich auch bei unverhältnissmässig langem Frühschoppen genoss. Der Bruder des Patienten, Arzt, bezeichnete den in diese Krankheitsperiode fallenden Biergenuss als einen übermässigen.

Anfangs August v. J., also 2 Monate nach jenem Ohnmachtsanfall, traten sonderbare Bewegungsstörungen des Beines auf: Mitten im ruhigen Gehen knickte der Patient plötzlich und ohne jede Schmerzempfindung im linken Knie ein. Anfangs selten und wenig tief, trat diese Erscheinung immer öfter und intensiver auf, sodass das durch das Einknicken bedingte Ein- resp. Zusammensinken des Oberkörpers

mehr und mehr zunahm. Zum Umfallen ist es nie gekommen; der Patient erlangte die Herrschaft über seine Muskulatur stets sehnell zurück und vermochte sich aufzurichten. Sehr bald betheiligte sich an dem Einknicken auch das rechte Bein, aber nie so stark als das linke. Als dritte Steigerung kam ein krampfhaftes Hüpfen hinzu, krampfhaft, weil der Pat. es nicht verhüten konnte: sobald der Patient in beiden Knien eingeknickt war, wurde der ganze Körper mit beiden Füssen zugleich in die Höhe geschleudert. Es waren ein oder mehrere vollständig reguläre Sprünge, bei denen die Füsse den Boden verliessen, und welche Pat. durchaus nicht verhindern oder unterdrücken konnte. Eigentlich war es ein Hüpfen am Ort; aber dadurch, dass der Körper in der Vorwärtsbewegung von diesem Anfalle überrascht wurde und durch balancirendes Vornüberbeugen des Oberkörpers kam es dabei zu einem Vorspringen. Anfangs geschah dies Hüpfen in halb gestreckter, wenn auch in den Knieen eingeknickter Körperhaltung. Allmählich verstärkte sich aber das Einknicken so, dass der Patient in vollständige Hockstellung gerieth, in der er mit der Beugeseite der Oberschenkel auf den Waden aufsass. Ging der Pat. in dieser Krankheitsphase ohne Unterstützung, so knickte er nach 4 bis 5 Schritten plötzlich in beiden Knieen zusammen, kam in eine tiefe, am Boden hockende Stellung, machte in dieser 1 bis 2 bis 3 gleichmässige Sprünge am Boden vorwärts, hob sich dann mit grösster Anstrengung in die aufrechte Stellung in die Höhe, ging wenige Schritte weiter voran, um dann wieder in die Kniee zu sinken und durch einige Sprünge vorangeschnellt zu werden. So ging es ohne Unterbrechung fort. Schmerzhaft war diese Bewegungsstörung niemals.

Der Kranke glaubte eine Zunahme des Einknickens beobachtet zu haben, wenn er in militärischer Weise mit s. g. Durchdrücken der Kniee ging. In Folge dessen gewöhnte er sich einen knickbeinigen Gang an, bei dem die Kniee in permanenter, wenn auch leichter Beugestellung sich befinden.

Am 20. September v. J. nahm ich den Patienten in die von mir geleitete Heilanstalt für Nervenkranke hierselbst auf.

Status praesens. Der Kranke ist ein grosser, kräftig gebauter, wohl proportionirter Mann. Er hat eine Grösse von 190 Ctm., ein Gewicht von 81,0 Kilo. Die Stirn ist hoch und breit. Das Kopfhaar fehlt in ziemlicher Ausdehnung. Gesicht und Stirn sind roth congestionirt und warm; ebenso fühlt sich der ganze Kopf sehr warm an. Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke; beide reagiren direkt und consensuell gut. Die ophthalmoscopische Untersuchung zeigte im U. B. sehr erweiterte Venen, enge Arterien, keine besondere Hyperaemie des Hintergrundes, die Papillen nicht abnorm. An den Hirnnerven ist nichts Abnormes nachweisbar.

Das Herz ist in seinen Grenzen und Tönen in Ordnung. Seine Frequenz beträgt 115—120 Schläge per Minute. Eine später vorgenommene sphygmographische Untersuchung ergab einen katadikroten bis -trikroten Puls mit flach verlaufender Rückstosselevation.

Die Patellarsehnenreflexe sind colossal gesteigert. Ein leises Tupfen mit dem Finger auf das linke Lig. patellae — während das l. Bein über das rechte geschlagen ist — ruft eine totale, schnelle Erhebung des Unterschenkels hervor, der ein Zusammenzucken, eine Erschütterung des ganzen Körpers folgt. Die Arme betheiligen sich vornehmlich an dieser Erschütterung. Der Patient ballt die Fäuste und hält die Armmuskeln krampfhaft contrahirt, um diese auf das leise Beklopfen des lig. patellare erfolgende Erschütterung zu verhindern, aber vergeblich. Vom rechten Knie aus lassen sich dieselben Erscheinungen auslösen, nur in weniger intensiver Form. Nachdem dieses Klopfen auf die Patellarsehnen beider Beine circa 6 bis 8 mal wiederholt war, wird Pat. sehr aufgeregt, fängt an zu weinen. Nachher kann er viel schlechter gehen, fühlt sich schwächer in den Beinen als vorher, knickt öfter und tiefer ein.

Der Fussclonus ist nicht vorhanden ebenso nicht mein Muskelphänomen.

Die mechanische Erregbarkeit ausser der der linken Unterschenkel-Flexoren zeigte nirgends Abnormitäten.

Die Beweglichkeit und die grobe Kraft sind in keiner Weise abgeschwächt.

Steifigkeit in den Knieen bei passiver Bewegung ist nicht vorhanden.

Wird das linke Bein im Kniegelenk passiv gestreckt, so tritt fast im letzten Momente der Extension ein ausserordentlicher Schmerz in der Kniekehle ein, der durch eine genauere Untersuchung auf die Sehnen der Mm. biceps, semimembranosus und semitendinosus localisirt wird. Hierbei wird eine minimale Verkürzung der genannten Sehnen festgestellt und als Ursache des Schmerzes erkannt.

Das Einknicken geschah immer zuerst in dem linken Knie und zwar in dem Momente, in welchem der Fuss auf den Boden aufgesetzt wurde. Es trat nicht ein in einer weiteren Phase der Fussabwicklung, also nicht bei gehobener Ferse. Die senkrechte Körperachse lag in diesem Augenblicke hinter dem linken Knie; in Folge dessen bestand für den Kranken bei dem Einknicken die Gefahr nach hinten umzufallen. Um das zu verhüten machte er eine balancirende Vorwärtsbeugung des Rumpfes, die dann bei dem Hüpfen Ursache eines Vorwärtssprunges wurde. Das Einknicken im rechten Knie kam einen Zeittheil später als das im linken und machte mir immer den Eindruck einer Mitbewegung, allerdings einer, wenn ich so sagen soll, zwangsartigen. Das Einknicken kam seltener vor, wenn der Kranke auf weichem Boden, z. B. in teppichbelegtem Zimmer, auf weichen Gartenwegen ging; häufiger dagegen auf harter Unterlage z. B. auf dem Strassenpflaster.

Das Hüpfen vollzog sich ausnahmslos auf der ganzen Fusssohle. Nie ist es in Zehenstellung, bei erhobener Ferse eingetreten; nie bei gestreckter, aufrechter Körperhaltung. Es ist auch niemals als erstes oder einziges Symptom des Krampfanfalles vorgekommen; ohne Ausnahme ist ihm das Einknicken vorhergegangen. Immer war es ein

gewaltsames Aufschnellen des ganzen Körpers, bei dem sich die Füsse mehrere Zoll hoch vom Boden erhoben, und welches mehreremale schnell hintereinander erfolgte. Die Unterbrechung kam dadurch zu Stande, dass der Patient sich entweder mit Hülfe eines Stockes oder eines Begleiters — ohne welche er nie promenirte — unter Entwicklung grosser Anstrengung in die Höhe arbeitete und dadurch den Krampf überwand. War er dann in aufrechter Stellung, so konnte er einige Schritte ohne Unterstützung vorwärtsgehen, bis sich das ganze Spiel wiederholte. Während desselben war sein Gesicht hoch geröthet und das Herz arbeitete stürmisch.

Bei ruhiger Stellung auf dem Boden oder durch Anstossen der Fusssohlen gegen einen harten Gegenstand z. B. im Bette liegend gegen die Bettstelle ist nie ein Zucken oder Zittern im Beine hervorgerufen worden. Ebenso ist es nie gelungen durch Percussion oder Kitzeln der Fusssohle irgend eine abnorme Bewegungserscheinung im Beine zu erzeugen.

Dagegen gelang es im Stehen das Einknicken in folgender Weise zu provociren. Stand der Patient mit geschlossenen Füssen ruhig am Boden und schlug ich dann mit einem Percussionshammer auf die Sehnen, die oben als schmerzhaft und leicht verkürzt bezeichnet sind, also die des Biceps, Semimembranosus und Semitendinosus, so trat sofort das Einknicken ein: der Patient sank bei feststehenden Unterschenkeln plötzlich mit dem Rumpf in den Knieen gebeugt hinten zusammen und musste durch Halten vor dem Umfallen geschützt werden. Genau dasselbe trat ein wenn ich die Bäuche der genannten Muskeln direct percutirte.

Nicht immer, aber häufig, trat das Einknicken auch ein, wenn ich in der angegebenen Stellung des Kranken den linken Gastrocnemius schlug; dazu musste aber wesentlich stärker geschlagen werden. Nie war das Einknicken auszulösen durch Percussion der linken Achillessehne, niemals durch Schläge auf die Vorderseite des Beines. Zuweilen, doch ganz selten und bei sehr starker Percussion konnte ich das Einknicken hervorrufen durch Schlag auf die Beugemusculatur des rechten Oberschenkels. Nie trat das Einknicken ein durch Hautreize, welche über Sehnen und Bäuchen der linken Flexoren applicirt wurden; es waren stets directe Muskel- resp. Sehnenreize dazu nothwendig.

Die Percussion der 3 linken Oberschenkel-Flexoren war etwas schmerzhaft.

Ueber Sensibilität der Haut und electrische Reaction der Muskeln an den Beinen ist folgendes, als Resultat wiederholter Untersuchung mitzutheilen. Die gewöhnliche Berührungssensibilität ist normal; Spitze und Kopf einer Stecknadel werden an beiden Beinen überall richtig unterschieden und auch genau localisirt. Die Temperaturempfindung ist an dem linken Bein erheblich herabgesetzt, derart dass kalt — ich prüfte mit einer kalten Metall-Kugel und einer gleich grossen erwärmten Gummi-Kugel — in circa 70% der Fälle für warm angegeben wurde. Der Muskelsinn war nicht gestört. Die faradische Erregbarkeit des linken N. peroneus ist eine Kleinigkeit gegen die rechte erhöht. Die

galvanische Untersuchung ergab weder an Nerven noch an Muskeln eine Differenz. Sie schien im Allgemeinen an beiden Beinen etwas herabgesetzt.

Einknicken sowohl wie Hüpfen sind niemals mit einer Schmerzempfindung verbunden gewesen, auch nicht mit einer Spur einer solchen oder eines anderen abnormen Gefühles. Nach längerem Gehen, auch als später in der Reconvalescenz das Hüpfen gänzlich verschwunden war und das Einknicken viel seltener auftrat, stellte sich ein Gefühl von Ziehen oder Steifigkeit in den Waden ein.

Schliesslich ist noch in Bezug auf die Gehstörungen der Einfluss der Psyche zu notiren: Pat. ging auf einsamen Wegen viel sicherer und seltener einknickend, während die Gegenwart von Menschen, von Fuhrwerk auf belebten Strassen die Unsicherheit und das Einknicken vermehrten; das Geräusch eines hinter ihm her kommenden Wagens brachte ihn sofort zum Einknicken.

Psychisch besteht reine Depression, nicht hypochondrische Stimmung. Nachts, wenn Pat. schlaflos liegt, überfällt ihn stundenlanges Weinen, aus dem er sich nicht herausreissen kann.

Als durchaus wichtig ist noch zu bemerken, dass der Patient so enge Kragen trug, dass der Abfluss des Blutes in den Halsvenen in erheblicher Weise gehemmt wurde.

Das is die Entwicklung der Krankheit und das Ergebniss wiederholt vorgenommener genauer Untersuchung.

Ich stellte die Diagnose auf eine *functionelle cerebrospinale Erkrankung mit statischen Reflexkrämpfen.*

Durch die übertriebene Gehirnarbeit war ein Reizzustand im Gehirn verursacht, dem ich die Schlaflosigkeit, die allgemeine Erregbarkeit, die Ohnmacht, die vorübergehende Blasenstörung, die Empfindlichkeit des Opticus und Acusticus, die Pupillendifferenz, die Herzbeschleunigung, die deprimirte Stimmung zur Last legte. Dieser cerebrale Reizzustand hat einen gleichen Zustand in den Centren des Rückenmarks inducirt, der für die Krämpfe der linken Unterextremität und die gesteigerten Patellarreflexe verantwortlich zu machen ist. Dass die Krämpfe Reflexkrämpfe sind, geht zweifellos aus der Art ihrer Entstehung hervor: Spontan traten sie niemals auf, stets bedurften sie eines von der Peripherie nach dem Centrum vorschreitenden Reizes zur Auslösung, als welcher ausnahmslos das Auftreten der Füsse constatirt wurde. Wenn hierbei auch keine mit der Fusssohle direct in Verbindung stehenden Muskeln, also die des Unterschenkels in Krampf geriethen; und wenn es auch nicht gelang experimentell von der Sohle aus den Krampf zu erzeugen, so ist doch der bereits erwähnte Umstand ausschlaggebend, dass verschiedenartige Bodenbeschaffenheit einen verschiedenen Einfluss auf das Auftreten des Krampfes hatte. Dass die Krämpfe nicht von der Haut aus, sondern von den Sehnen der Muskeln aus erregt wurden, und zwar offenbar durch die Erschütterung bei dem Acte des Auftretens veranlasst, ändert an dieser Reflexauffassung nichts.

(Schluss folgt.)

II. Original-Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 8. December 1884.

1) **Sakaki** (Japan) demonstrirt vor der Tagesordnung einen *Fall von wahrer Muskelhypertrophie* an einem 14jährigen Knaben. Der Vater desselben hatte vor 10 Jahren Gelenkrheumatismus und seitdem Herzpalpitationen, die Mutter hat eine Neuralgie des N. ulnaris, ist sonst gesund. Zwei Brüder und eine Schwester des Knaben sind gesund, eine Schwester starb, nachdem sie 14 Tage lang Krämpfe gehabt hatte. Der Knabe zahnte spät und lernte spät laufen und sprechen, letzteres nur schlecht. Er hatte nie Rheumatismus oder Krämpfe. Im 3. Jahre Rachitis und seitdem Schiefstellung des Kopfes nach rechts und allg. Schwäche. Von da ab traten auch zuerst doppelseitige Zuckungen im Gesicht und den Extremitäten, später linksseitige allein auf, während die linksseitigen Extremitäten an Volumen zunahmen. Im Uebrigen war der Kranke linkshändig.

Jetzt bietet er ein normales psychisches Verhalten und hat keine Schädelabnormitäten. Die höheren Sinnesnerven fungiren normal. Die Zuckungen treten choreaartig im linken Trigeminus, Facialis, Accessorius, Hypoglossus und dem Extremitätennervengebiet auf und hören im Schlafe auf. Besonders beim Essen und Sprechen verstärken sie sich. Die Zunge ist linkerseits dicker als rechts. Der rechte Facialis scheint etwas paretisch zu sein: der rechte Mundwinkel steht tiefer, die Uvula ist nach links gerichtet. Die Sensibilität ist normal, die Sprache undeutlich. Dorsalskoliose nach rechts. Innere Organe und Urin normal. Die linken Extremitäten sind voluminöser und länger als die rechten und elektrisch leichter erregbar. Die durch Probeexcision dem Musc. supinator longus sinister entnommenen Muskelfasern waren dicker als gewöhnliche, im Verhältniss etwa von 1 : 1,5. —

2) In der *Discussion über den Vortrag des Herrn* Mendel *über prae-epileptisches Irresein* führt Herr **Lewin** einen ähnlichen Fall an. Herr **Liman** zweifelt an der Richtigkeit der Auffassung des Herrn Mendel, gestützt auf einige Punkte in den Charité- und Gerichtsakten des betreffenden Falles. In der Charité sei nur postepileptische Geistesstörung beobachtet worden, auch die Frau habe ein unsinniges Betragen *nie vor*, sondern immer nur *nach dem Anfalle* an ihrem Manne bemerkt. Derselbe sei seit $^1/_2$ Jahre stets betrunken gewesen. Im Gefängniss sei bald nach der That Delirium tremens konstatirt worden. Dass ein prae-epileptisches Irresein vorgelegen, sei danach sehr zweifelhaft; es könne auch der Alkoholismus im Spiele sein. Demgegenüber hält Herr Mendel an seiner Auffassung fest. Die Nüchternheit des Mannes am Vormittage vor der That sei durch Zeugenaussagen festgestellt, ferner werde man, da die That kurz vor Ausbruch eines epileptischen Anfalles liege, natürlich eher in der Epilepsie als in dem Alkoholismus den näheren Erklärungsgrund suchen müsse. Das Delirium tremens könne auch erst im Gefängniss aufgetreten sein.

3) **Richter** (Pankow): *Ueber Cannabinon.*

Vortr. berichtet über Versuche mit verschiedenen Präparaten der Cannabis indica: Cannabinum purum, Cannabinon und Haschisch von Bombelon in Neuenahr dargestellt. Das Cannabinum purum ist nach seinen Beobachtungen ganz unsicher. Das Cannabinon bezeichnet er als ein vortreffliches Hypnoticum in der Dosis von 0,1 gr. oder wo dies nicht genügt, von 0,2—0,3 gr. Gesunde Personen schlafen auf 0,1 gr. sehr gut, ohne üble Nachwirkung, Geisteskranke bedürfen oft etwas mehr. Vortr. beobachtete auch an sich selbst die günstige Wirkung des Mittels. Kurz nach dem Einnehmen trat ein Schwirren im Kopf, ein Bedürfniss zu lachen und eine eigenthümliche Schärfung der Sinne, wie bei dem Haschischgebrauch, auf. Die Dauer der Wirkung beträgt eine paar Stunden. Die Pupillen erweitern sich. Unangenehme Nebenwirkungen sah Vortr. nur in einem Falle und zwar trat ein Collaps ein, wahrscheinlich weil die Patientin das Bett verlassen hatte, während sie später zu Bette bleibend die doppelte Dosis gut vertrug. Vortr. empfiehlt danach das Cannabinon dringend. Die Wirkung des Haschisch sei unsicher, rufe Erregungen hervor, keinen Schlaf. Ein in der letzten Zeit angewandtes besseres Präparat verursache bei Dosen von 0,03 gr. eine angenehme Stimmung, ruhigen und sanften Schlaf, ohne ungünstige Nachwirkung. Man könne bis zu 0,04—0,05 gr. steigen.

Vortr. rühmt ferner Cocaininjectionen (Cocainum muriat. 2%, davon $^1/_2$ Spritze) als Substituens für Morphium. Es träten keine Abstinenzerscheinungen, kein Morphiumhunger ein. In der Umgebung der Injectionsstelle bestehe kurze Zeit Empfindungslosigkeit der Haut. Angewendet wurde hauptsächlich ein Präparat von Merk. Ein Präparat von Gehl wirke nebenbei noch nauseotisch und schweisstreibend. Sehr theuer seien beide Präparate.

In der *Discussion* berichtet Herr Vogelgesang über seine Versuche mit Cannabinon (Bombelon) in der Frauenabtheilung der Irrenanstalt zu Dalldorf. Es wurde subcutan eine Lösung von Cannabinon 1 bis 2 auf Oleum amygdal. 9 und innerlich eine Lösung von Cannabinon 1 bis 3 auf Oleum oliv. 150 benutzt. Subkutan betrug die Dosis bis 0,2, innerlich 0,4 bis 0,6. Eine Wirkung war bei 20 Frauen mit Erregungszuständen, akut wie chronisch maniakalischen, nur einige Male zu konstatiren. Am günstigsten wirkte es bei einer Hysterica mit Angstzuständen, Hallucinationen, bei welcher, wenn derartige Zustände nahten, die erwähnten Dosen, nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ St. einen 3—4 stündigen ruhigen Schlaf hervorriefen, wonach Pat. etwas müde aussehend erwachte, um öfter nochmals in Schlaf zu verfallen. Sie schildert selbst die Wirkung als anfängliche Schwere der Glieder, Mattigkeit, Gefühl von Trunkenheit mit erschwerter Sprache und Taumeln beim Gehen, Trockenheit im Halse. Darauf schlief sie sanft ein, hatte keine Träume. Von unangenehmen Nebenwirkungen bei anderen Pat. ist Hustenreiz, Brennen im Hals und zuweilen Erbrechen (wohl in Folge des öligen Vehikels) beobachtet worden, sonst keine üblen Nachwirkungen. Bei einer Melancholischen wurden die Angstzustände

auf Cannabinon durch mehrstündigen Schlaf unterbrochen. Die schlafmachende Wirkung war bei anderen Patientinnen unzuverlässig, es mussten immer stärkere Dosen gegeben werden und bei sehr Erregten war die Wirkung fast Null. Demnach ist Cannabinon nur als mildes Hypnoticum zu bezeichnen und am ehesten villeicht bei Hysterischen indicirt. Die subkutane Injektion des Mittels wurde wegen der irritirenden Wirkung auf die Haut und das Unterhautzellgewebe zuletzt nicht mehr in Anwendung gezogen.

Herr Blumenthal sah in 4 Fällen eine günstige Wirkung von Cannabinon 0,2 gr., in 2 Fällen bei 0,1 und 0,2 gr. eine ungünstige und zwar traten in dem einen Falle Schwere, Druck im Epigastrium, erschwerte Sprache auf, und bestanden 20 St. lang Oppressionserscheinungen, in dem zweiten Fall Schwere, tonische Zuckungen, Schwindel, Spracherschwerung, Meteorismus und währten 24 Stunden. Er sah ferner nach einer Cocaininjection (0,01) bei einem Morphinisten einmal Collaps und warnt davor.

Herr Gnauck sah bei 12 Kranken eine sehr verschiedene Wirkung des Cannabinon. Sie war meist eine langsame und kurzdauernde. Unangenehme Nebenwirkungen traten öfter auf, wie Trockenheit im Halse etc. Er gab bis 0,7 gr. ohne Erfolg bei Einzelnen und räth das Mittel nur bis 0,3 gr. zu versuchen. Wenn es dann nicht wirke, wirke es auch in höheren Dosen nicht.

Herr Mendel sah in einem Falle unangenehme, in 20 - 25 anderen dagegen keine solche Nebenwirkungen. Die schlafmachende Wirkung bleibe öfter aus. Er könne Cannabinon am ehesten für Hysterische empfehlen. Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

4) **Ottomar Rosenbach** (Breslau): Ueber die unter physiologischen Verhältnissen zu beobachtende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindungen bei Anwendung von thermischen Reizen.

(Deutsche med. Wochenschrift Nro. 22, 1884.)

Wenn man einen stark erhitzten Gegenstand mit der Volarfläche des Zeigefingers flüchtig berührt, so hat man im Momente der Berührung eine deutliche Tast- und unmittelbar darauf eine Wärmeempfindung; erst einige Zeit später stellt sich eine lebhafte Schmerzempfindung ein. Unter besonders günstigen Umständen kann das Zeitintervall zwischen Tast- und Schmerzempfindung $2^1/_2$ Secunden betragen. Bei langdauernder Berührung haben wir nur eine momentane Schmerzempfindung, bei ganz kurz dauernder nur eine Tastempfindung. Für die hierbei in Frage kommende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindung müssen wir den Wärmereiz, als von den physicalischen Verhältnissen der obersten Hautschichten abhängig, in Anschlag bringen. Berührt man den heissen Gegenstand nur *flüchtig*, so hat man nur eine Tast- oder eine Tast- und Wärmeempfindung zugleich, oder die letztere folgt der ersteren nach einem minimalen Intervalle,

als Zeichen dafür, dass die Leitung in der Haut eine, wenn auch minimale, Verzögerung gegenüber der blossen Tastempfindung erfährt. Berührt man jedoch die Wärmequelle lange und intensiv, so verschwindet gegenüber der einwirkenden Hitze diese verzögernde Wirkung des schlechten Wärmeleiters und eine zur Erzielung einer schmerzhaften Sensation hinreichende Wärmemenge gelangt zu den Nervenendigungen, sich in den entsprechenden physiologischen Reiz dort umsetzend. Nur der mässige Reiz wird schichtweise fortgeleitet. Zum Beweise für die Richtigkeit dieser Deutung wähle man Hautstellen mit dünner oder dicker Epidermis. An ersterer ist es unmöglich die Tastempfindung von der Wärme- oder Schmerzempfindung zu differenziren, an letzterer wie bei der Fusssohle beträgt zuweilen die Verlangsamung 3—4 Secunden. Umwickelt man den Finger mit nicht zu dicker Leinewand, so folgt die Schmerzempfindung der Tastempfindung nach merklich längerem Intervall als vorher. In allen diesen Fällen kann man auch sehr häufig eine mehrfache Schmerzempfindung, ähnlich der verlangsamten doppelten Schmerzempfindung Naunyn's hervorrufen. Dies An- und Abschwellen des Schmerzes ist verschieden von dem bei Neuralgieen auftretenden, da nur einfach physicalisch die an die Haut abgegebenen Wärmemengen sich durch die Epidermischicht hindurch gewissermassen mehrfach hintereinander entladen. Auch bei Anwendung des Kältereizes und gewisser chemischer Reize, sowie beim electrischen Pinsel ist die zeitliche Incongruenz der Perception von Tast- und Schmerzempfindung deutlich ausgeprägt, was ebenfalls in den physikalischen Verhältnissen der Reize und des betreffenden Mediums seine Erklärung findet. Die angeführten Phänomene unterscheiden sich von der bei Erkrankungen der Nervenbahnen beobachteten Differenzen in der Leitung von tactilen und schmerzerregenden Reizen hauptsächlich dadurch, dass es sich hier um rein mechanische, in jenen um physiologische, einer mechanischen Erklärung bis jetzt nicht zugängliche Vorgänge handelt. Goldstein (Aachen).

---

5) **E. Gorbazewitsch:** Ueber den Einfluss verschiedenfarbigen Lichtes auf die Entwickelung und das Wachsthum der Säugethiere. (Experimentelle Untersuchung). (Diss. St. Petersburg 1883.)

Als Versuchsobjecte wurden neugeborene Hunde benutzt.

Hunde, welche in vollkommener Finsterniss geboren waren, wurden ungefähr 3 Stunden nach der Geburt, nachdem sie getrocknet waren und gesogen hatten, gemessen, gewogen und die Resultate sorgfältig aufgezeichnet. Verf. zieht nun aus seinen Versuchen über den Einfluss verschiedenfarbigen Lichtes auf das Wachsthum und die Entwickelung der Säugethiere folgende Schlüsse: 1. Alle Farben des Spectrums beeinflussen das Wachsthum und die Entwickelung der Säugethiere günstig aber nicht in gleichem Maasse; 2. Die Wirkung der farbigen Strahlen ist proportional ihrer Helligkeit im Spectrum; 3. Weisses Licht hatte geringere Wirkung als die leuchtenderen Farben des Spectrums; 4. Die Wirkung der Farben in absteigender Ordnung war folgende: roth, orange, grün, weiss, blau und violet.

Was den Einfluss verschiedenfarbigen Lichtes auf den Prozess des Hungerns betrifft, so hat Verf. nur wenige Versuche gemacht und theilt die empfangenen Daten nur als Rohmaterial mit für weitere Untersuchungen über den Gegenstand.

Bemerkenswerth sind noch einige Thesen am Schluss der Dissertation: 1. Man hat Grund anzunehmen, das dieselbe Lichtfarbe verschieden auf Thiere verschiedener Klassen wirkt. 2. Die Schulen und alle Räume, die zum täglichen Aufenthalt für Kinder bestimmt sind müssen wie Treibhäuser gebaut werden, da das Licht unzweifelhaft das Wachsthum und Gedeihen junger Organismen befördert.

Buch (Helsingfors).

---

6) **Mierzejewski** und **P. Rosenbach:** Ein Fall von Compression des Rückenmarkes durch Caries der Brustwirbel. (Mitgetheilt in der Novembersitzung 1884 der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft.)

Ein 25 jähriger Mann wurde im Laufe von 14 Tagen vollkommen paraplegisch. Nach viermonatlicher Krankheitsdauer wurde er in die Klinik des Prof. Mierzejewski mit folgendem *Status* aufgenommen: Vollständiger Verlust der willkürlichen Bewegungen an beiden unteren Extremitäten ohne degenerative Atrophie ihrer Muskeln, fast vollständige Analgesie und Anästhesie in demselben Gebiete, exquisite Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe mit Epilepsia spinalis, Harnblase- und Mastdarmfunction nicht beeinträchtigt. Am Trochanter major geringer Decubitus, der fünfte Brustwirbel prominirt nach hinten ohne Beweglichkeitsstörung der Wirbelsäule.

Diagnose: Leitungsunterbrechung im Brusttheil des Rückenmarks, wahrscheinlich durch Wirbelcaries entstanden.

Zum geschilderten Krankheitsbilde gesellten sich deutliche Veränderungen in den Organen der Brust- und Bauchhöhle, hectisches Fieber, allmähliche Umnebelung des Bewusstseins und vorübergehende paretische Erscheinungen an Gesicht, Augenmuskeln (welche?) und den Armen, welche als subacute Meningitis aufgefasste Complication den Tod herbeiführte.

Die Section erwies in der That Caries der oberen Brustwirbel mit Ablagerung käsiger Massen und Compression des Rückenmarks. In der Schädelhöhle tuberculöse Meningitis convexitatis, stellenweise Verwachsung der pia mater mit der Dura und Ansammlung eines klaren, serösen Exsudates zwischen beiden Hirnhäuten, ausserdem disseminirte Tuberculose fast aller Organe der Brust- und Bauchhöhle.

Hinze (St. Petersburg).

---

7) **William M. Ord** (London): On some disorders of nutrition related with affections of the nervous system. (Ueber einige mit Affectionen des Nervensystems zusammenhängende Ernährungsstörungen.) Vortr. vor der British medic. association in ihrer Sitzung zu Belford, Ireland 30. Juli 1884. The medic. Record, Aug. 23. 1884. ff.)

O. verbreitete sich über die neurotischen Dystrophien. Er bespricht zunächst unter Anführung zweier Charcot'schen Fälle die aus Gelenk-

verletzungen entstehenden Muskelatrophieen, die, gerade wie die in den bekannten Berger'schen Fällen nach gewissen Oberschenkelfracturen auftretenden Kniegelenksentzündungen, als reflectorisch aufgefasst werden müssen. Da ferner bekannt sei, dass gewisse Theile des Rückenmark's einen bestimmten Einfluss auf die Ernährung von Muskeln, Gelenktheilen, Knochen u. s. w haben, so dürfe man wohl mit Recht auch die chronisch rheumatische Arthritis zu den spinalen Dystrophien rechnen, da sich bei ihr analog den tabischen Gelenkerkrankungen u. s. w. neben destruktiven entzündlichen Prozessen (Knorpel und Knochen) zugleich hypertrophische Veränderungen (Synovialmembran, Periost) finden. Dieser Zusammenhang werde auch bewiesen durch diejenigen Fälle von chron. rheumat. Arthritis, in welchen sich zugleich eine der ächten progressiven Muskelatrophie gleichende Atrophie von Muskeln und anderen Geweben des betreffenden Gliedes zeige. Zudem gäbe es auch Fälle, in welchen durch Rückenmarksreizungen Gelenksdystrophien ohne gleichzeitige Muskelerkrankungen entstehen; so vor Allem in der Arthritis deformans (Remak, Senator, Kohts etc.), die unter Anderm sehr häufig reflektorisch durch Erkrankungen des Genitalsystems erzeugt werde. Auch die sogenannte gonorrhoische Gelenkentzündung gehört nach Verf. hierher, zumal die Annahme einer specifischen Infection der Gelenke aus verschiedenen Gründen nicht über jeden Zweifel erhoben sei; auch wisse man ja, dass gewisse acutere Reizungen der Urethra (Stricturen), sei es reflectorisch, sei es durch Vermittelung einer Myelitis oder Neuritis Paraplegien hervorzubringen im Stande sind. Sodann erwähnt Verf. die neurotische Dystrophie einiger Secretionsorgane und setzt auseinander, dass namentlich die Zuckerharnruhr in einem Theile aller Fälle durch Reizungen etc. des Nervensystems entstehe; auch hängen wahrscheinlich von solchen nervösen Alterationen die im Verlaufe derselben so häufig vorkommenden acuten Entzündungen ab. Schliesslich bespricht er das Myxödem, bei welchem das intellectuelle, sensible und motorische Nervensystem ergriffen sei; auch diese Erkrankung sei wahrscheinlich den neurotischen Dystrophien zuzuzählen.

Voigt (Oeynhausen).

---

8) **O. Kahler** (Prag): Ueber die progressiven spinalen Amyotrophien. (Sep.-Abdr. a. d. „Zeitschrift für Heilkunde" Bd. V. Prag 1884.)

Die Arbeit bezweckt den Nachweis, dass die drei als verschiedene Krankheitsbilder aufgestellten Formen progressiver spinaler (u. bulbärer) Amyotrophie — die *progressive Muskelatrophie,* die *progressive Bulbärparalyse* und die *amyotrophische Lateralsclerose* — keine selbstständigen Krankheitsspecies, die Differenzen ihrer Symptome bloss Folge von Verschiedenheiten in der Localisation, Ausbreitung, Intensität und Verlaufsweise eines und desselben Degenerationsprozesses sind. Zu dem Ende stellt Verf. die klinischen und anatomischen Befunde sämmtlicher brauchbarer bisher publicirten Fälle, bei denen eine primäre Degeneration der motorischen Leitungen nachgewiesen worden, zusammen. Die Mehrzahl dieser Fälle — es sind mit Hin-

zurechnung einer von Verf. mitgetheilten Beobachtung deren 24 — zeigt eine combinirte Degeneration der Leitungen in der weissen und in der grauen Substanz, während der Rest — incl. eines neuen Falles 12 — eine auf die grauen Vordersäulen und die homologen Theile des Bodens der Rautengrube beschränkte Degeneration aufweist.

Die erste Kategorie, bei der also eine ausgebreitete primäre Degeneration der motorischen Leitungen nachgewiesen worden, wird je nach dem stärkeren oder schwächeren Hervortreten spastischer Symptome in vier Gruppen getheilt.

Die erste Gruppe, Fälle mit *vorherrschender spastischer Paralyse*, enthält nur *einen* Fall (von Kojewnikoff). Nach des Verf.'s Ansicht möchte auch der bekannte Fall von Morgan und Dreschfeld (S. Centralbl. 1881 p. 105) hierher zu zählen sein.

Die zweite Gruppe, Fälle mit neben der Muskelatrophie *deutlich ausgesprochener spastischer Paralyse*, enthielt 6 Fälle, die vollkommen dem von Charcot aufgestellten clinischen Bilde der *amyotrophischen Lateralsklerose* entsprechen. Hier finden sich Lähmungserscheinungen der Muskelatrophie vorangehend oder wenigstens gleichzeitig mit dieser. Ferner zeigt sich eine ziemlich gleichmässige Verbreitung der Muskelatrophie über die ergriffenen Extremitäten.

Die dritte Gruppe umfasst wieder 6 Fälle, characterisirt durch *ausgesprochene Lähmungserscheinungen jedoch geringe spastische Phänomene* (gesteigerte Sehnenreflexe) neben der Muskelatrophie.

Die vierte Gruppe, Fälle *ohne spastische Symptome*, wird durch den Verf. um einen neuen vermehrt und umfasst mit diesem 11 Fälle. Hierher gehören z. B. die von Leyden als *progressive amyotrophische Bulbärparalyse* beschriebenen 5 Fälle. Der neu hinzugefügte Fall (Abtheilung von Halla) lautet in kurzem Auszuge:

Eine 35 jährige Taglöhnerin erkrankte, nachdem wenig intensive Schmerzen im *r.* Arm vorangegangen, mit Schwäche und Abmagerung der Arme, dann auch der anderen Extremitäten, später auch der Nacken- und Rückenmuskeln. Bei der Aufnahme rechte Oberextremität vollständig gelähmt, Hand geschwollen, Muskeln schlaff, hochgradig atrophisch, häufige fibrilläre Contractionen. Passive Bewegungen in allen Gelenken frei. Auch an den übrigen Extremitäten-Muskeln, wenn auch nicht so hochgradig, abgemagert, schlaff. Patellarsehnenreflexe ziemlich lebhaft. Fussphänomen fehlt. Die electrische Untersuchung erzielt an einzelnen Muskeln der rechten Oberextremität complete E. A. R., sonst nur Herabsetzung der farad. und galv. Erregbarkeit oder normales Verhalten. Sensibilität normal. Dicht vor dem Ende noch Parese der linksseitigen Gesichtsmuskeln. Tod an Pneumonie nach vorausgegangenen dyspnoëischen Anfällen, ca. 5 Monate nach Beginn der Erkrankung, 2 Monate nach der Aufnahme. Die Autopsie ergiebt Veränderungen der Ganglienzellen und Fasernetze in den Vorderhörnern, am ausgesprochensten in der Halsanschwellung, Austrittshöhe des 4—7 Cervicalnerven. Es zeigen sich alle Stadien eines progressiven Schrumpfungsprocesses des Zellenleibes mit frühzeitigem Verlorengehen der Fortsätze. Nur noch schwache Reste der

einstrahlenden vorderen Wurzelfasern. Ueberall in den Vorderhörnern Spinnenzellen. Hinterhörner und hintere Wurzeln mit ihren Ausstrahlungen normal. Nach unten Abnahme der Veränderungen aber abwärts von der Höhe des 12. Dorsalnerven wieder etwas mehr hervortretend. Im Vergleich zu den Veränderungen in den Vordersäulen erscheinen die in der weissen Substanz gefundenen sehr geringgradig und zwar als „punktförmige Degeneration“ in den Vorder- und Seitensträngen, relativ am meisten in dem Areal der Py. S. B., sich bis nach oben in die Pyramiden der oblongata hinauferstreckend. Hinterstränge und Kleinhirnseitenstrangbahnen völlig normal. Keine entzündlichen Veränderungen an den Gefässen und an den Meningen.

Bei Prüfung der anatomischen Befunde in den 24 Fällen gelingt es nicht eine sichere Entscheidung über die Ursachen des stärkeren oder geringeren Ausgesprochensein spastischer Symptome zu erzielen. Verf. kommt auf eine schon früher von ihm und Pick (Beiträge z. Path. etc. 1879, S. Centralbl. 1879 p. 515) ausgesprochene Anschauung zurück, nach welcher die ursprüngliche Localisation des Processes in Betracht gezogen werden müsse. Das Auftreten spastischer Symptome hängt dann davon ab, dass die Degeneration sich zu Beginn der Erkrankung vorwiegend in den motorischen Leitungen der *weissen* Substanz, später erst in jener der *grauen* Substanz entwickelt, die geringe Entwicklung oder das Fehlen derselben von der gleichzeitigen oder in umgekehrter Reihenfolge eintretenden Degeneration. Der von K. mitgetheilte Fall illustrirt diesen zweiten Modus, und ist gerade seines schnell zum Tode führenden Verlaufs wegen sehr geeignet, die Reihenfolge der Veränderungen zu zeigen. Auch zeigt derselbe, dass die Degeneration der nervösen Elemente in den grauen Vordersäulen ebensowohl für die Lähmung wie für die Atrophie verantwortlich zu machen ist. „Möglich wäre es übrigens, dass sich in der Folge ein „Parallelismus zwischen den Lähmungserscheinungen und dem Vor„handensein der interstitiellen Veränderungen herausstellen wird.“

In der zweiten Reihe von Fällen, wo die Degeneration auf die grauen Vordersäulen und die homologen Theile des Bodens der Rautengrube beschränkt ist, zeigt sich eine auffallende Differenz je nach der *Krankheitsdauer*. Bei den *langsam* verlaufenden Fällen beginnen die Erscheinungen an den Extremitäten und erst nach sehr langer Zeit oder auch gar nicht kommt es zur Entwicklung von Bulbärsymptomen. Eigentliche Lähmungen fehlten, abgesehen von sehr vereinzelten Ausnahmen. (Typus Aran-Duchenne.)

Verf. theilt einen neuen Fall dieser Art mit:

Eine 30jährige Dienstmagd, die ausser an einer weit vorgeschrittenen tuberculösen Lungenphthise seit ihrem 13. Lebensjahre an allmählich fortschreitender Atrophie zunächst der Schultermuskeln litt zeigt bei der Aufnahme Atrophie und Funktionsaufhebung einer grösseren Anzahl von Schultermuskeln, ferner starke Atrophie des *l.*, geringere des *r.* Oberarms. Faradische Untersuchung ergiebt normales Verhalten, selbst der geringen Reste der am stärksten ergriffenen Muskeln, überhaupt die charakteristischen Merkmale der individuellen Mus-

kelatrophie. Die p. m. Untersuchung ergab auch mikroskopisch die Zeichen der sog. neurotischen Atrophie. Die Untersuchung der gehärteten Centralorgane ergab nur im R. M. und zwar hauptsächlich nur in den grauen Vordersäulen Veränderungen, am ausgeprägtesten im oberem Cervicalmark, und zwar Atrophie oder Pigmentdegeneration der grossen Ganglienzellen, ferner in geringem Masse auch Schwund des Netzes markhaltiger Fasern.

Die Fälle mit *raschem* Verlauf bieten klinisch dieselben Merkmale wie die der 4. Gruppe der ersten Reihe, nämlich Lähmung, Bulbärsymptome und raschen Verlauf zum Tode.

Wenn somit ein klinischer Zusammenhang zwischen beiden Reihen herzustellen ist, so giebt es wiederum auch Uebergänge zwischen den Fällen mit raschem und mit langsamem Verlauf, so dass wir auch in ihnen keine differenten Krankheitsspecies, sondern nur einen und denselben mit verschiedener Geschwindigkeit verlaufenden Krankheitsprocess zu erblicken haben. „Je langsamer die Degeneration „abläuft, um so weniger gelingt es Lähmung neben der Atrophie „nachzuweisen, bis schliesslich bei ganz chronischem Ablauf der De„generation das klinische Bild der reinen Atrophie der Muskeln re„sultirt.“ Dehn (Hamburg).

---

9) **F. L. Matthews** (Springfield, Ill.) Surgeons duty in railroad spinal injuries. (Die Pflicht des Wundarztes bei spinalen Verletzungen durch Eisenbahnunfälle.) (St. Louis medic. and surgic. journ , Sept. 1884.)

Verf. weist darauf hin, dass man bei jenen Verletzungen viel zu wenig die Wirbelsäule untersuche und doch erforderten gerade die Läsionen derselben resp. der Medulla die allergenaueste Untersuchung, zumal sie recht oft von unheilbaren Erkrankungen gefolgt seien, die vielleicht durch sofortige Beseitigung oder Verminderung gewisser ursächlicher Momente (Blutergüsse in den Wirbelkanal, Luxat. Fract. etc.) im Keime erstickt werden können. Voigt (Oeynhausen).

---

10) **Knud Pontoppidan** (Kopenhagen): 5 Tilfaelde af den Thomsen'sche Sygdom. (Myotonia congenita.) (Hosp. Tidende 1884. Nro. 34.)

Die 5 Fälle bieten das bekannte Krankheitsbild. Verf. hat sie mitgetheilt, um zu zeigen, dass die Krankheit auch in seinem Heimathlande vorkomme.

Fall 1 und 2, sowie 3 und 4 bilden je ein Geschwisterpaar. Bei 1 und 2 sind es Bruder und Schwester, resp. 17 und 7 Jahre alt. Die übrigen 4 Geschwister, worunter eine Zwillingsschwester der weiblichen Patientin, sind gesund. Anamnestisch wird ferner ermittelt, dass die Th.'sche Krankheit bei keinem sonstigen Mitgliede der Familie vorkomme, wogegen zahlreiche andere Neurosen. Bei dem Bruderpaar 3 und 4 ergiebt die Nachforschung, dass auch der Vater, sowie 2 Schwestern an der gleichen Krankheit leiden. Auch soll die Krankheit bei Söhnen des Bruders des Vaters bestehen, während über sonstige Neuropathieen in der Familie Nichts zu eruiren war.

Fall 5 betrifft einen Geisteskranken mit einer ausgesprochenen degenerativen Psychose. Dehn (Hamburg).

---

11) **F. May** (Köln): Eine seltene Ursache peripherer Facialislähmung. (Bayr. ärztl. Intelligenzbl. Nro. 31, 1884.)

Ein 25 jähriger Schreiner zeigte beim Eintritt in's Hospital mässige Fiebererscheinungen, frequenten Puls, beschleunigte, dyspnoïsche Respiration. Ferner vollkommene rechtsseitige Facialislähmung; faradische Erregbarkeit rechts erloschen, galvanische vom Nerven aus bedeutend vermindert, vom Muskel aus beiderseits gleich stark. KSZ rechts $>$ ASZ. Beginnende Entartungsreaction. Submaxillare, cervicale und supraclaviculare Lymphdrüsen beiderseits stark geschwellt. R. V. Lungen-Dämpfung von der 4. Rippe, L. V. von der 3. Rippe an abwärts. Auf dem Sternum in gleicher Höhe Dämpfung. Milz stark vergrössert. Beträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen (1 weisses auf 6 rothe). Diagnose: lienal-lymphatische Form der *Leukämie*. Facialisparalyse accidentell, „rheumatisch". Am 14. Tage nach Eintritt in das Hospital Schüttelfrost, Collaps, Tod. Leichendiagnose: Leukämie (lienal-lymphatische Form) Leukämische Neubildungen (Lymphome) in Herz, Leber, Nieren, Milz, Pankreas, sämmtlichen Lymphdrüsen und im rechten *Nervus facialis*. Bei Ausmeisselung des rechten Canalis Fallopii fand sich hinter dem Ganglion geniculi, wo der Nerv anfängt, sich nach abwärts dem Foramen stylomastoideum zuzusenken, eine ungefähr $^3/_4$ cm. lange umschriebene spindelförmige Anschwellung desselben, welche, microscopisch untersucht, alle Stadien des Zerfalls des Nervenmarks zeigte. Auf dem Durchschnitte des in Chromsäure gehärteten Präparates findet man die lymphatische Infiltration den ganzen Nerven durchsetzend, den degenerativen Zerfall derselben herbeiführend. Die Neubildung geht aus von den Lymphspalten, welche sich nach Rüdinger zwischen der periostalen Umkleidung des Canalis Fallopii und dem Nerven selbst an einigen Stellen finden. Ein Stück Facialis nach dem Austritt aus dem foram. stylomast. zeigte den Beginn der Degeneration. Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei allgemeiner Leukämie begleitende Lähmungserscheinungen, sog. leukämische Lähmungen, sich in Zukunft häufiger finden dürften. Goldstein (Aachen).

---

12) **E. Voigt:** Ueber Complication von Herpes Zoster occipitocollaris mit schwerer gleichzeitiger peripherer Facialisparalyse. (Aus der Poliklinik von E. Remak in Berlin.) (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 45. 1884.)

Ein 44 jähriger Arbeiter erkrankte am 9. IX. mit Schmerzen im Hinterhaupte, in der linken, seitlichen Halsgegend, in der Fossa auriculo-mastoidea und im Gesichte; es zeigten sich einige kleine rothe Flecken an den schmerzhaften Stellen. Am 11. IX. Facialisparalyse links, am 12. folgender *Status praesens*: Bitterer Geschmack an der linken Zungenhälfte, Schwerhörigkeit und Ohrensausen links. Vollständige linksseitige Facialisparalyse mit Lagophthalmus ohne Ektropium; weicher Gaumen, Sprache, Schlingen und Schlucken normal. Galvanischer Geschmack auf beiden Zungenhälften, pappiger Geschmack auf der linken Zungenhälfte. Taschenuhr links auf 1″ nicht hörbar, Knochenleitung erhalten, Cerumpfropf, Mittelohrcatarrh mit

hyperaesthetischer Formel und paradoxer Reaction; Pat. hört Musik, besonders hohe Töne, sowie menschliche Stimmen doppelt. Gruppenweise frische Herpeseruption in der Breite von 2—3 Cm., dem vorderen Cucullarisrande folgend, am Halse bis zur Höhe des Schildknorpels, nach oben bis in die linke behaarte Hinterhauptsgegend, einige Gruppen am obersten Theile des Kopfnickers, an der Unterkinngegend und an der Wange. Die objective Untersuchung der Sensibilität ergiebt innerhalb des Zosterbereichs eine relative Analgesie der linken Gesichtshälfte. Mit der Erb'schen Elektrode geprüft, tritt an der rechten Wange bei 5 Mm., an der linken bei 15 Mm. Rollenabstand Schmerzempfindung auf. Unterhalb des Kieferrandes, wo die Eruption frischer ist, besteht Hyperalgesie für Stich und Inductionsstrom. Die faradische Prüfung des Facialis ergiebt am 14. IX: Am rechten Facialis Minimalcontraction bei + 25 am linken bei + 10 Rollenabstand, am 15. IX. + 23, resp. + 9; die Untersuchung der einzelnen Facialisäste ergiebt einen Unterschied von durchschnittlich 12 Mm. Rollenabstand zu Ungunsten der linken Seite. An den folgenden Tagen nahm die Nervenerregbarkeit allmählich ab, so dass die Rollenabstandsdifferenzen durchschnittlich 20 Mm. betrugen. Am 14. IX ergab die galvanische Prüfung des Facialis: rechts KaSZ bei 2 Milliampère, links bei $3^1/_2$; die galv. Erregbarkeit des Nerven sank in den folgenden Tagen bis auf 10 Milliampère mit derselben Elektrode wie früher. Am 19. IX Erregbarkeit für beide Stromesarten vollständig aufgehoben, die Muskelerregbarkeit verlief damit parallel bis zum 24. IX, an welchem Tage zuerst EaR, Anfangs bei derselben Stromstärke, am 27. IX erhöhte EaR. links; rechts KaSZ bei 2, links bei noch nicht 1 Milliampère, bei glechzeitig erhöhter mechanischer Erregbarkeit. Die Facialislähmung blieb stationär, der Zoster trocknete bis zum 27. IX mit Nachlass der spontanen Druckschmerzen fast vollständig ab. Die objective Hyperästhesie der linken Inframaxillargegend hat einer relativen Anästhesie Platz gemacht. Elektrocutanes Gemeingefühl r. bei 0 Mm. l. bei 3 Mm., Schmerzgefühl r. bei 12, l. bei 23 Mm. Rollenabstand, Tasterzirkel r. 14, l. 20 Mm.

Epikrise. Erkrankung des Facialis zwischen dem Abgange des N. petrosus superfic. major und stapedius innerhalb des Canalis Falloppiae, Zoster occipitocollaris in der Verbreitung der oberen sensiblen Halsnerven, des Occipitalis magnus und zum Theile des dritten Astes des Trigeminus.

Die Arbeiten von Curschmann und Eisenlohr (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXIV. pag. 409. 1884.), Dubler (Virchow's Archiv. Bd. 96), Lesser (Virchow's Arch. Bd. 93) haben gezeigt, dass das Auftreten von Zoster nicht nothwendig durch Erkrankungen der Spinalganglien bedingt werde, sondern lediglich von localen Erkrankungen sensibler Nerven abhängen kann; im vorliegenden Falle könnte man eine neuritiche Erkrankung verschiedener benachbarter Nerven an der gleichen Gesichts-, Nacken- und Halsseite, auf Erkältung beruhend, annehmen. — Die Behandlung bestand in stabiler Anwendung des galvanischen Stromes auf die Austrittsstelle des Fa-

cialis und der Querfortsätze des oberen Halswirbel uud später in der gewöhnlichen stabilen und labilen Methode im Bereiche der gelähmten Muskeln mit gutem Erfolge für die ursprünglichen Schmerzen und das Gehör, aber natürlich mit wenig Erfolg für die Facialislähmung, welche sich, ihrer Schwere wegen, kaum vor 6 Monaten bessern könnte.

Hinze (St. Petersburg).

---

13) **Tuppert** (Wunsiedel): Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 37. 1884.)

Ein 13 Jahre alter Bauernjunge hatte sich 14 Tage vor Ausbruch der Krämpfe einen Holzspan in die Fusssohle gestossen. Der Span, 3 cm. lang, wurde am 3. Tage herausgezogen. 14 Tage nach der Verletzung stellte sich Steifigkeit im Nacken und Trismus ein, am folgenden Tage Steifigkeit in den beiden unteren Extremitäten. In der Nacht heftige tetanische Paroxysmen mit Opisthotonus. Wundkanal wurde vom Verf. gespalten und an dessen Ende ein kleines Stückchen Holz gefunden. Längs des Wundkanals war das Zellgewebe missfarbig. Listerverband. Chloralhydrat mit Morphium. Später Bromkalium. Heilung nach 3 Wochen. Goldstein (Aachen).

---

14) **A. Schustow:** Epilepsia syphilitica. (Russkaja Med. 1884 Nr. 20.)

Unter dieser wenig zutreffenden Ueberschrift berichtet Verf. über einen „vollkommen ausgeprägten" epileptischen Anfall bei einem Bauern von 42 Jahren, welcher vor einem Jahre einen harten Schanker und secundäre Erscheinungen gehabt hatte, von denen er durch eine Schmierkur befreit worden war. Bei genauer Untersuchung fand sich am Kopfe am vorderen Ende der Pfeilnath ein „Osteophyt" (offenbar ein Knochengumma Ref.) von der Grösse einer Haselnuss. Verf. war der Ansicht, dass die Geschwulst nach innen in gleicher Weise vorragte und durch Druck auf das Gehirn die Epilepsie veranlasste. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Jodkalium, Monobromcampher und Chloralhydrat. Der Tumor verschwand in 6 Wochen, die Anfälle haben sich seitdem innerhalb eines Jahres nicht wiederholt.

Buch (Helsingfors).

---

15) **Winogradow** (Korssun): Ein Fall von acuter Epilepsie. (Russkaja Medicina 1884 Nro. 19.)

Beim Verf. stellte sich ein junger Bauer vor mit einem beginnenden Furunkel am Kinn in der Gegend des linken foramen mentale; doch war von der Umgebung die Diagnose pustula maligna gestellt worden. Nach einigen Tagen wurde er zum Kranken gerufen und fand ihn in vollkommen charakteristischen epileptischen Krämpfen. Er erfuhr nun, dass der Kranke soeben bei einem weisen alten Weibe gewesen, dass gleichfalls bestätigt, dass die Geschwulst die sibirische Pest sei und hatte angefangen dieselbe zu besprechen. Dabei hatte er vor Entsetzen das Bewusstsein verloren und die ganze Zeit bis zum Anfall, $1^1/_2$ Tage in halbbewusstlosem Zustande zugebracht. Verf. benutzte den bewusstlosen Zustand des Kranken und eröffnete den vollkommen reifen Furunkel. Der Kranke erholte sich bald, der Anfall wiederholte sich nicht. Buch (Helsingfors).

---

16) **M. J. Goschkewitsch** (Chersson): Zur Kasuistik der reflektorischen Kindereklampsie. (Russkaja Medicina 1884 Nro. 16.)

Ein Knabe von $4^1/_2$ Monaten, der mehrfach seine Amme gewechselt, weil er an mangehafter Verdauung, meist Verstopfung, litt, erkrankte plötzlich an eclamptischen Krämpfen mit Cyanose des Gesichts. Jeder Anfall schloss nach einer Dauer von $^1/_2-3$ Minuten mit Erbrechen. Innerhalb eines Monats hatte das Kind 102 Anfälle; dabei litt es an starken Durchfällen. Keinerlei Behandlung brachte den geringsten Nutzen, bis die Amme durch eine andere ersetzt wurde. Sogleich wurde die Verdauung eine bessere und die Anfälle wiederholten sich noch in 12 Tagen 7 Mal, worauf sie nicht mehr wiederkehrten. Das Kind ist jetzt 18 Monate alt und seinem Alter entsprechend körperlich und geistig wohl entwickelt. Buch (Helsingfors).

---

17) **George R. Fowler** (Brooklyn): Two cases of neurectomy for the relief of facial neuralgia. (Zwei Fälle von Neurectomie wegen Facialis-Neuralgie.) (The medic. Record 4. October 1884.)

Im ersten Falle handelt es sich um eine heftige, seit Jahren bestehende Neuralgie des ram. front. n. ophthalm. Heilung per primam, nach 6 Monaten noch kein Recidiv. Im 2. Falle wurde ein Kranker von typischem Tic doulourex gleichfalls durch Neurect. geheilt. Verf. beschreibt die in beiden Fällen angewandten, zum Theil von den üblichen abweichenden Operationsmethoden, sagt, dass die Neurectomie den Vorzug vor der Neurotomie verdiene, da nach letzterer erfahrungsgemäss der Schmerz häufig und zwar oft sogar noch heftiger zurückkehre, erstere zudem bei der Neuralgie aus centraler Ursache ebenso günstig wirke, als bei der aus peripherer und betont schliesslich die Nothwendigkeit, die Operationswunde so schnell als möglich unter antiseptischen Cautelen zu heilen, da auf diese Weise am besten excessive Wucherungen des Bindegewebes und davon abhängiger Druck auf die Nervenstümpfe vermieden werde.

Voigt (Oeynhausen).

---

18) **A. Ch. Grigorjew** und **A. G. Musikantow**: Ueber die Behandlung von Intermittens mit dem faradischen Strom. (Russkaja Medicina 1884 Nro. 29 und 30.)

Die Beobachtungen sind im Temir-Chau-Schurà'schen Militairhospital gemacht worden und betreffen lauter reine unzweifelhafte Fälle.

Die erste Serie von 26 Fällen wurde mit Faradisation der Milz in verticaler und horizontaler Richtung je $7^1/_2$ Minuten lang behandelt mit Strömen so stark sie bequem vertragen wurden, in widerspenstigen Fällen 2 Mal am Tage. Das Resultat war 8 Heilungen (40%); 7 der Fälle waren Interm. quotidiana. In der zweiten Serie hielten die Pat. die Electroden einfach in der Hand. Von 20 Fällen wurden 7 ohne jede andere Behandlung hergestellt, davon quotidiana 3 Fälle (von 8 Fällen) tertiana 2 Fälle darunter eine tertiana duplex, (aus 5 Fällen von tertiana) und 2 quartana (aus 7 Fällen).

Für das Resultat erscheint es also gleichgiltig, ob locale oder

allgemeine Faradisation. Die Milz wurde aber durch die letztere Methode nicht beeinflusst, wohl aber durch die locale Faradisation in allen Fällen ausnahmslos dauernd verkleinert, (letzteres kann Ref. bestätigen) auch wo keine Heilung erzielt wurde.

Buch (Helsingfors).

---

19) **T. D. Crothers** (Hartford, Conn.): Acute impulsive inebriety. (Acute Trunksuchtsanfälle.) (The medic. Record 13. Sept. 1884.)

Verf. kommt bei Besprechung seines Thema zu folgenden Schlusssätzen.

1. Acute Trunksucht befällt Personen, die vorher mässig, dem Alcohol nicht ergeben waren. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie die geistigen und physischen Kräfte des Betreffenden schnell zerstört.

2. Alle Fälle lassen sich auf angeborene oder erworbene Bedingungen, einige auch auf beide zugleich, zurückführen. Gewisse Ursachen bringen regelmässig die in Frage stehende Form der Trunksucht hervor. Alle Fälle enden in periodische oder continuirliche Trunksucht.

3. Bei der Beseitigung des Uebels spielt Hospitalbehandlung eine wichtige Rolle.

4. Diese Fälle verdienen ärztlicherseits besonders genau studirt zu werden.

Voigt (Oeynhausen).

---

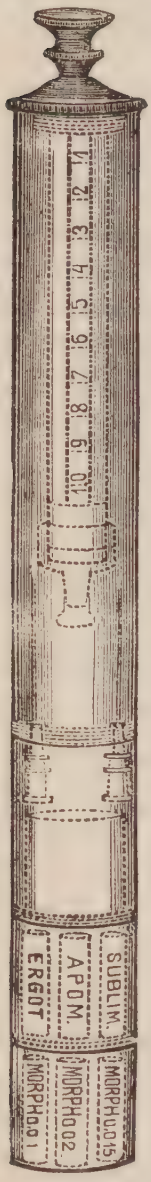
20) **S. V. Clevenger:** Clinical and pathological reports of cases of insanity. (Klinische und pathologische Berichte über Fälle von Irresein.) (The Chicago medical journal and examiner August 1884.)

Verf. beobachtete vom 1. Juni 1883 — 1. Juni 84 nahezu 1000 in der Anstalt verpflegte Irre, von denen 122 starben, 181 (meist Maniacalische, Melancholische oder Alcoholisten) als theils vorläufig theils wahrscheinlich für immer entlassen wurden. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt er unter anderem zu folgenden Sätzen: Die Alcoholisten genesen oft schnell, sterben aber auch verhältnissmässig schneller als alle andere Geisteskranken. Hysterische Irren genesen meistentheils nie vollständig. Von den Maniakalischen und Melancholischen hat die Hälfte der geheilt entlassenen zweifellos niemals Rückfälle. An Dementia paralytica Leidende sind aufzugeben, obgleich für dieselbe mehr gethan werden kann, als bisher für möglich gehalten. Die primär Verrückten werden am besten und schnellsten geheilt. — Unter den Todesursachen spielen Herzfehler eine grosse Rolle. — In vielen Fällen von Manie findet sich Leptomeningitis. (Verdickung der pia, leucocytisches Exsudat etc.). — Die Prädisposition ist von Einfluss auf die Form, unter welcher bei Wirkung ähnlicher Ursachen die Geisteserkrankung in die Erscheinung tritt (z. B. entsteht durch ein -Trauma je nach der ererbten Disposition und der Natur der Verletzung Dementia oder Melancholie oder Manie u. dgl.). Katatonie scheint am leichtesten bei Kindern mit gewissen rheumatischen Muskelaffectionen zu entstehen.

Voigt (Oeynhausen).

IV. Miscellen.

21) *Neue Spritze zur subcutanen Injection.*



Herr Instrumentenmacher E. Krause in Berlin (Kommandantenstrasse 33) hat eine Spritze für subcutane Injectionen construirt, die sich zum Gebrauche empfehlen dürfte.

Wie die Abbildung zeigt, besteht die Spritze aus drei Theilen. Der erste enthält die Spritze mit 2 Canülen, der zweite das Gläschen zum Auflösen der Arzneitabletten und der dritte die Zellen für die Arzneitabletten. Spritze sowohl als Gläschen enthalten genau 1 g, und ist hierdurch eine ganz exacte Dosirung ermöglicht.

Die Abtheilung für die Zellen wird in drei verschiedenen Grössen hergestellt und zwar zu 3, 6 und 9 Arten von Medicamenten. Jede Zelle kann Tabletten zu ca. 5 Injectionen aufnehmen.

Die in die Zellen passenden Arzneitabletten sind entweder direct aus Simon's Apotheke, Berlin, Spandauerstrasse 33 oder durch Herrn Krause zu beziehen. Der Preis einer jeden Injection stellt sich je nach Art und Dosirung auf 5 bis 10 Pfg.

Ein besonderer Vorzug der in Tabletten incorporirten Medicamente liegt darin, dass dieselben nicht wie die Arzneien in flüssiger Form dem Verderben ausgesetzt sind.

Was mir an dem Instrumentchen nicht gefällt, ist, dass der Spritzenstempel aus Metall (vernickeltem Neusilber) angefertigt ist; die Leiter'schen Spritzen mit Hartgummistempel und ihrer ganzen Einrichtung stehen doch noch immer unerreicht da. Die Spritzen von Kraus mit Zellen für 3 verschiedene Medicamente kostet M. 7,50; mit Zellen für 6 Medicamente M. 8,50. E.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Jena (Irren-Anst. u. psych. Klinik) erster Assistenzarzt, 1. Januar 1885. 2) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 3) Merxhausen (Kassel), Pflegeanstalt, Arzt, bald. 1800 M., freie Fam.-Wohn., Heizung; Ausübung von Privatpraxis gestattet.

Titel. Regierungsrath Professor Dr. Meynert in Wien: Hofrath.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12)

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Januar 1885. Nro. 2.

INHALT.

I. Originalien. Ein Fall von statischem Reflexkrampf. (Schluss.) Vom Herausgeber.

II. Original-Vereinsberichte. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

III. Referate und Kritiken. Heymann: Ueber die Wirkung des Druckes auf die Grosshirnrinde. Brugia: Ueber einen Fall von Aphasie als Beitrag zur Pathologie der Sprache. Peters: Neuralgien, bedingt durch Druck einer vergrösserten Lymphdrüse. Munson: Pacchymeningitis interna hypertrophica. Dehio: Zwei Fälle von doppelseitiger Lähmung der Musculi crico-arytaenoïdei postici. Klockner: Ueber einen Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln. Ross: Tetanus. Stickler: Ein Fall von traumatischem Tetanus geheilt durch inneren und örtlichen Gebrauch von Morphium. Free: Hysterie beim männlichen Geschlechte. Ranney: Praktische Winke rücksichtlich der zur Diagnose der Nervenkrankheiten angewandten Untersuchungsmethoden. Putzel: Syphilis des Centralnervensystems. Searcy: Kurze Synopsis der Nervenfunctionen. Lymann: Apoplectische Anfälle, ihre Diagnose und Behandlung. v. Krafft-Ebing: Ueber Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken.

IV. Aus den Vereinen. Pathological Society zu New-York.

V. Personalien.

I. Originalien.

Ein Fall von statischem Reflexkrampf.

Vom Herausgeber.

(Schluss.)

Die *Behandlung* leitete ich in folgender Weise. Zunächst verbot ich jegliche psychische Thätigkeit, selbst Zeitungslecture und Correspondenz liess ich anfangs nicht zu. Sodann verordnete ich dem Patienten weite Halskragen, weil die bislang von ihm benutzten thatsächlich eine venöse Stauung in den Kopfgefässen herbeiführten[1]). Innerlich

[1]) Ich kann diese Gelegenheit nicht vorüber gehen lassen, ohne sowohl auf enge Kragen wie auf eng und fest um den Leib geschnallte Beinkleider, die ohne Hosenträger getragen werden, als auf Mode- und Trachtunarten auf-

liess ich ihn anfänglich $^3/_4$, später eine ganze Flasche Bromwasser (10,0 Bromsalze) trinken. Täglich nahm er ein Sitzbad von 18° später 16° R., fünf Minuten lang, und täglich applicirte ich ihm einen mittelstarken galvanischen Strom in absteigender Richtung auf die Lendenwirbelsäule. Ich ermahnte ihn beim Gehen das linke Knie durchzudrücken und nahm von der dritten Woche ab täglich eine gewaltsame Streckung des linken Beines im Knie vor. Gegen die Schlaflosigkeit nahm er kurze Zeit Abends 0,1 Opium purum.

Ueber *Krankheitsverlauf* und *Erfolg* dieser $7^1/_2$ Wochen fortgesetzten Behandlung kann ich Nachstehendes berichten.

Die allgemeine Ernährung und Kräftigung nahm ununterbrochen zu. Patient gewann im Ganzen hier 7 Kilo an Körpergewicht. Die allgemeine Erregbarkeit, der schlechte Schlaf, die Empfindlichkeit von Augen und Ohren besserten sich nach und nach. Die Pulsfrequenz ging schnell auf 100, 90 und 80 zurück. In den eigentlichen Krämpfen und gesteigerten Patellarreflexen hatte sich aber bis zu dem Beginne der gewaltsamen Streckung des linken Beines im Kniegelenk nichts geändert. Die Gründe aus welchen ich zu dieser Massnahme schritt, werde ich später auseinandersetzen. Die forcirte Streckung, wobei der Patient auf einem Stuhle sass, war anfangs ungeheuer schmerzhaft; aber schon nach wenigen Sitzungen nahmen diese Schmerzen, welche der Patient stets in die Kniekehle localisirte, gradatim ab, und beim neuntenmale vollzog sich die complete Streckung absolut schmerzlos, die Verkürzung der Flexoren war gehoben. Gleichzeitig wurde constatirt, dass die vorher so enorm gesteigerten, mit einer auf Oberkörper und Arme fortgeleiteten Erschütterung verbundenen Patellarreflexe auf ihre normale Intensität zurückgegangen waren, und dass jene Körpererschütterung vollständig ausblieb. Es wurde fernerhin beobachtet, dass das krankhafte Hüpfen — dessen Abnahme der Patient übrigens schon einige Tage vorher beobachtet hatte — von jetzt ab nicht mehr eingetreten ist. So blieb es während der nächsten 3 Wochen, während welcher die Streckung ausgesetzt wurde. Da berichtete der Kranke, dass das Hüpfen sich hin und wieder eingestellt habe. Eine erneut vorgenommene Untersuchung constatirte eine leichte, beim Strecken schmerzhafte Contractur der Flexoren und eine erhebliche Steigerung der Patellarsehnenreflexe. Sogleich nahm ich die Streckung täglich wieder vor, die auch nach der am 13. November v. J. erfolgten Ent-

---

merksam zu machen, die nervöse Symptome hervorzubringen im Stande sind. Dass durch enge Kragen Augenleiden entstehen, ist bekannt. Ich habe seit vielen Jahren in einer grossen Anzahl von Fällen diese zwei genannten Umstände mit Sicherheit als Mitschuldige unter den Ursachen der zunehmenden Nervosität kennen gelernt. Vor einigen Jahren stellte ich einen 34 Jahre alten Beamten, der mit schweren Symptomen einer spinalen Asthenie zu mir kam, und schon von mehreren Aerzten für einen beginnenden Tabiker erklärt war, fast allein durch die Verordnung von Hosenträgern wieder her. Er hatte Jahre lang seine Beinkleider so fest umgeschnallt, dass eine förmliche Schnürfurche entstanden war.

lassung des Kranken noch täglich ausgeführt wird. Das Hüpfen ist seitdem nie wieder vorgekommen, die Patellarreflexe sind absolut normal. Auch das Einknicken hat sich ganz erheblich gebessert; einige Tage vor der Entlassung machte der Patient einen $2^1/_2$ stündigen Spaziergang, während dessen er nur auf der allerletzten Strecke einknickte. Ganz verschwunden ist es heute noch nicht, und auch die psychische Beeinflussung desselben besteht in geringem Maasse noch fort.

Als ich den Patienten am 10. December noch einmal untersuchte fand ich im Wesentlichen den eben geschilderten Befund.

Dagegen bemerkte ich eine bis dahin mir entgangene Differenz im Umfange der Beine, von der Patient selbst auch nichts beobachtet hatte, obwohl sie sehr in die Augen fallend war. Der Umfang der Waden wurde 20 Centimeter unterhalb der Mitte der Patella gemessen und betrug

Rechts 38,5 Cent., Links 37 Cent.

Die Oberschenkel zeigten 10 Centimeter oberhalb der Mitte der Patella gemessen

Rechts 46 Cent., Links 45 Cent.

und weitere 12 Cent. oberhalb

Rechts 59 Cent., Links 56 Centimeter.

Der äussere Contur des linken Oberschenkels verlief fast in einer geraden Linie, während der des rechten eine stark gebogene Linie darstellte; letzterer sah wie geschwollen aus. Dadurch schien der Ausfall auf der linken Seite auf Kosten des Vastus externus zu bestehen, doch werden wohl die linken Flexoren, die sich erheblich weicher und schlaffer anfühlten als die der rechten Seite, auch an der Umfangsdifferenz betheiligt sein. Genau liess sich das nicht feststellen. Eine gleiche Schlaffheit zeigte auch die linke Wade.

Epikrise. Obwohl mir bei der Uebergabe des Patienten die Ansicht ausgesprochen wurde, dass das Symptom des Einknickens auf einem plötzlich eintretenden Verluste der Herrschaft über die Muskulatur der Beine bestehe, also auf einer Muskelerschlaffung, einer Art von Lähmung beruhe, so stellte doch die unmittelbare Untersuchung und Beobachtung sogleich das Vorhandensein einer Krampfform fest, die eine erhebliche Aehnlichkeit mit jenen Fällen bot, die seit Bamberger als „saltatorische Reflexkrämpfe“ bezeichnet werden. Hier wie dort wurden durch den Akt des Marschierens, insbesondere durch das Auftreten der Füsse auf den Boden Krämpfe in den Muskeln der Unterextremitäten ausgelöst, welche ein krampfhaftes Hüpfen, Springen oder Vorwärtsschnellen des ganzen Körpers erzwangen.

Auf welche Muskeln waren in meinem Falle die Krämpfe localisirt?

Sogleich konnte eine Muskelgruppe als nicht betheiligt ausgeschieden werden, und zwar jene, welche bei den beschriebenen Fällen von „saltatorischem“ Reflexkrampf hauptsächlich ergriffen erschien, nemlich die Plantarflexoren des Fusses, besonders der M. gastrocnemius. Niemals ist nemlich weder bei dem Einknicken noch bei dem Hüpfen ein Emporheben der Ferse vom Boden, eine Zehenstellung,

vorgekommen; niemals ist in der Wade ein Gefühl von Schmerz oder auch nur von lebhaftem, starkem Zusammenziehen empfunden worden. Letzteres Symptom fehlt bekanntlich bei stärkeren Contractionen des Gastrocnemius nur selten und auch die Fälle von „saltatorischem" Krampfe, lassen es nur selten vermissen. Der Krampf konnte also lediglich in den Flexoren des Unterschenkels seinen Sitz haben. Eine heftige krampfartige Contraction derselben muss bei feststehendem Unterschenkel nicht diesen gegen den Oberschenkel, sondern letzteren gegen ersteren beugen, dieselbe Flexorenfunction, die eintritt, wenn wir uns niedersetzen.

Beobachten wir diese Bewegung an uns selbst oder an Anderen genau, so bemerken wir, dass dabei auch der M. quadriceps femoris sich in Contraction befindet. Diese ist nöthig um der Schwere des sich senkenden Körpers das Gegengewicht zu halten. Ohne diese Quadricepscontraction würden wir beim Niedersetzen, dem beugenden Zuge der Flexoren allein folgend, durch die Körperschwere nach hinten fallen. Diese Quadricepscontraction kam bei meinem Patienten natürlich auch vor. Aber noch mehr. Sie wurde mit der Zeit eine übermässig heftige und energische, weil durch sie dem krampfhaften plötzlichen und höchst intensiven Zusammziehen der Flexoren, welches den Körper mit Gewalt hinten herunter riss, eine mehr als gewöhnliche Gegenkraft gegenübergestellt werden musste, wenn der Patient das Umstürzen verhindern wollte. Und er ist niemals, während der vielmonatlichen Dauer seiner Erkrankung umgefallen. Dadurch kam es mit der Zeit im M. quadriceps zu einem Zustand von hochgradiger Reizung, durch welche schliesslich statt einer einzelnen Contraction ein Krampf erzeugt wurde.

Dieser durch den Flexorenkrampf gewissermassen als zweckmässige und natürliche Gegenbewegung veranlasste, secundär ausgelöste Quadricepskrampf ist die Ursache der Hüpfbewegungen. Durch die intensive Zusammenziehung dieses Streckmuskels wird das in Flexionsstellung befindliche Bein gerade gezogen; steht aber der Unterschenkel fest, so muss sich die streckende Wirkung am Oberschenkel geltend machen, die sich bei gesteigerter Intensität der Contraction auf den ganzen Körper ausdehnt. Auf diese Weise muss eine verstärkte, krampfhafte Contraction des Quadriceps bei hockender Stellung, also bei gebeugten aber feststehenden Unterschenkeln ein völliges Emporschnellen, Emporschleudern des ganzen Körpers von dem Boden in die Höhe hervorbringen. So verhielt es sich genau bei meinem Patienten. Dass er bei diesen Schleuderbewegungen etwas voran sprang hat keine Bedeutung; wie oben bereits erwähnt, war die Vorwärtsbewegung beim Gehen und die balancirende Vorbiegung des Oberkörpers daran Schuld.

Da das Hüpfen niemals allein vorkam, ohne dass ihm das Einknicken vorhergegangen ist, so muss die krampfhafte Wiederholung der ganzen Bewegungsstörung durch ein abwechselnd rhytmisch-convulsives Zusammenziehen der Flexoren und Extensoren verursacht werden.

In hohem Grade bemerkenswerth war das Verhältniss der Patellar-Sehnenreflexe zu der Schmerzhaftigkeit beziehungsweise Verkürzung der linken Unterschenkelflexoren.

Die von mir angewendete therapeutische Massnahme des gewaltsamen Streckens, dessen frappante Wirkung ich oben auseinandergesetzt habe, war durch Erfahrungen begründet, die ich über das Verhalten der Sehnenreflexe zu der Function zugehöriger und antagonistischer Muskeln an Gesunden gesammelt hatte.

Untersucht man nemlich einen gesunden Menschen, der durchaus normaler Patellarsehnenreflexe sich erfreut, nachdem er eine mehrstündige anstrengende Bergtour gemacht hat, so kann man ausnahmslos eine Steigerung der genannten Sehnenreflexe constatiren. Ich habe das wiederholt an mir selbst und Anderen fesstellen können. Welches Muskelsystem aber an dieser Reflexsteigerung direct betheiligt war, konnte ich bei diesen Versuchen nicht klar erkennen, denn Flexoren sowohl wie Extensoren sind beim Bergsteigen wohl ziemlich gleich activ thätig, die letzteren zur eigentlichen Aufsteigbewegung (Heben des Oberschenkels, Strecken des Beines resp. Vorwärtsschieben des Körpers von den Knieen aufwärts), die ersteren zur Fixirung des Unterschenkels[1]) und zur Ausübung des balancirenden Gegengewichtes.

Auch die bekannten durch Ueberanstrengung entstandenen Muskelschmerzen haben ihren Sitz ebensowohl in den Extensoren, wie in den Flexoren, obwohl mir die ersteren hierin etwas bevorzugt erscheinen. Mit diesen Muskelschmerzen laufen die gesteigerten Patellarreflexe paralell; hören die Schmerzen auf, so kehren die Reflexe auf normalen Status zurück. Wenn nun auch die Annahme nahe lag, dass der durch die Ueberanstrengung herbeigeführte Erregungs- oder Reizzustand in den Extensoren die unmittelbare Ursache für die Steigerung der zugehörigen Sehnenreflexe sein werde, so waren mir doch Beobachtungen unterlaufen, die für ein antagonistisches Verhältniss sprachen. In diesem Gedankengang wurde ich unterstützt durch die Beobachtung, dass bei gewöhnlicher Neuralgia ischiadica der zugehörige Achillessehnenreflex erlischt, während der (antagonistische) Patellarreflex gesteigert ist.[2])

Ueber diese Zweifel suchte ich Aufklärung durch Untersuchung gesunder Leute mit normalen Patellarsehnenreflexen vor und nach längerem Reiten.

Beim Reiten wird der Unterschenkel durch permanente active Contraction seiner Flexoren gegen den Pferdeleib angezogen und angedrückt. Der Extensor quadriceps ist bei dieser flectirten Beinstellung im Zustande der Dehnung, nicht in dem einer activen Con-

---

[1]) Durch die Contraction der Flexoren wird die Unterschenkelgelenkfläche des Kniegelenkes zum Hypomoglion fixirt, über welches der ganze oberhalb gelegene Körpertheil beim Bergsteigen durch die Wirkung der Extensoren hinübergehebelt wird.

[2]) Vergl. dieses Centralblatt 1882. pag. 16.

traction.[1]) Der Unterschied gegen die eben erörterte Muskelfunction beim Bergsteigen liegt also darin, dass beim Reiten die Activcontraction des Extensor fehlt und die der Flexoren überwiegt.

Nun ergaben meine Untersuchungen eine Steigerung der vorher normalen Sehnenreflexe nach längerem Reiten, besonders nach angestrengtem Reiten unruhiger Thiere, wobei die Flexion der Unterschenkel mit ganz besonderer Kraft ausgeübt wurde.

Worauf war diese Steigerung begründet? Im Vergleich zu der Reflexsteigerung nach Steigbewegungen konnte man eigentlich nur die Flexorencontraction als Ursache ins Auge fassen, da die Extensorencontraction in Wegfall kam. Aber hier kam ein neues Moment hinzu, nemlich die Dehnung des Extensor quadriceps. Sehr nahe lag es die Reflexsteigerung auf diese Dehnung zu beziehen oder richtiger gesagt auf das durch die länger dauernde Dehnung gesteigerte Contractionsbedürfniss des elastischen Muskels.

Welche von diesen beiden Möglichkeiten nun die zutreffende war, das festzustellen war leicht. Es musste eine Körperstellung beobachtet werden, bei welcher die Dehnung der Extensoren vorhanden, bei der aber die Flexoren in schlaffem, nicht contrahirtem Zustande sind. Diese Körperstellung ist das Sitzen mit weit zurückgebogenen Unterschenkeln; hier ist die Dehnung des Quadriceps beinahe eine maximale, während eine Contraction der Flexoren aus dem Grunde nicht erfolgt, weil die Füsse ihren Stützpunkt auf dem Boden haben.

Nie ergab die Untersuchung von Leuten die mehrere Stunden in dieser Stellung gesessen hatten eine Steigerung der Patellarsehnenreflexe.

Aus diesen Erfahrungen, die ich übrigens schon vor längerer Zeit gesammelt hatte, zog ich den Schluss, dass unter Umständen eine Steigerung der Patellarsehnenreflexe von einer länger dauernden Contraction der (antagonistischen) Flexoren abhängig sein kann.

Welches Licht diese Beobachtungen auf jene pathologischen Fälle wirft, in denen Contractur mit Steigerung der (antagonistischen) Sehnenreflexe einhergeht, soll hier nicht erörtert werden.

Für den vorliegenden Fall wurden sie mir Anlass zu der gewaltsamen Streckung, weil ich erstens durch sie eine günstige Beeinflussung der Reflexsteigerung erwartete und weil ich zweitens eine Controlle meiner oben mitgetheilten früheren Erfahrungen zu finden hoffte.

Dass meine Voraussetzungen eintrafen habe ich bereits beschrieben: Nachdem durch das Strecken Schmerz und Verkürzung der Flexoren beseitigt war, kehrten die vorher so enorm gesteigerten, zu allgemeinen Körpererschütterungen ausgedehnten Patellarsehnenreflexe zu ihrer Norm zurück; gleichzeitig hörte das krampfhafte Hüpfen vollständig auf. Mit der Rückkehr der Flexoren-Verkürzung — deren Ausbildung ich unter dem Einflusse einer spinalen Irritation auf die knickbeinige Stellung, welche sich der Patient angewöhnt hatte, zu-

[1]) Die Contraction der Adductoren kommt hier nicht in Betracht.

rückführe — kehrte auch die Steigerung der Patellarsehnenreflexe und das krampfhafte Hüpfen zurück, um wieder zu verschwinden nach dem durch erneutes gewaltsames Strecken des Unterschenkels die Verkürzung der Flexoren beseitigt war — eine Beobachtung, die fast die Beweiskraft des Experimentes in sich trägt.

Aus derselben folgt mit unbedingter Sicherheit, dass das beschriebene Symptom des Hüpfens als ein Sehnenphänomen und zwar als eine ausserordentliche Steigerung des Patellarsehnenreflexes aufzufassen ist.

Für die bisher veröffentlichten Fälle von „saltatorischem" Reflexkrampf, bei denen das Hüpfen, Springen, Trippeln und Emporschnellen durch die krampfhafte Contraction der Wadenmuskulatur bedingt oder unterstützt wurde, ist der Analogieschluss gestattet, dass es sich dort um eine Steigerung des Achillessehnenreflexes gehandelt hat.

Auch das Symptom des Einknickens in meinem Falle halte ich für eine Sehnenreflexsteigerung, weil es durch Percussion der zugehörigen Sehnen erzeugt und niemals durch Hautreize hervorgerufen werden konnte.

Ueberhaupt stehe ich gar nicht an die als „saltatorische" Reflexkrämpfe beschriebenen Symptomenbilder in aller und jeder Beziehung für eine äusserst intensive, vielleicht für die maximale Form von Steigerung der Sehnenreflexe aufzufassen soweit es sich um reine und uncomplicirte Fälle handelt.

Die Auslösung der Krampferscheinungen erfolgte in meinem Falle, ebenso wie in den bisher beschriebenen, immer durch die Erschütterung, welche mit dem Akte des Fussaufsetzens verbunden war. Hautreize waren hierzu nicht im Stande, und wenn es mir auch nicht gelang durch Percussion der Fusssohle die Krämpfe zu erzeugen, so spricht doch der Umstand unzweideutig für meine Ansicht, dass die Krämpfe häufiger und intensiver auftraten, wenn der Patient auf hartem Boden ging, und dass sie beim Betreten von weichem Boden seltener und in schwächerer Ausbildung sich zeigten. Hätte ich meinen Kranken in anderer, als in sitzender Stellung untersucht, wäre vielleicht auch die Auslösung des Krampfes durch Percussion der Sohle gelungen.

Von der zuerst ausgelösten Contraction der Flexoren aus wurde die des Extensor quadriceps, also das Hüpfen, provocirt. Ursprünglich eine einfache antagonistische Gegen- oder Hemmungsbewegung im Sinne vollkommener Zweckmässigkeit, entwickelte sie sich allmählich zu einem erzwungenen Krampf.

Dieses Voranschreiten des Reflexkrampfes von den Flexoren auf die Extensoren könnte dadurch noch ein gewisses Interesse erregen, dass es vielleicht einen klinischen Ausdruck für das Pflüger'sche Gesetz der Reflexverbreitung darstellt. Nach letzterem vollzieht sich u. A. die Ausbreitung der Reflexbewegung auf derselben Seite auf welcher auch der sensible Nerv gereizt ist, und zwar treten nur solche Muskeln in Action, deren Nerven in gleicher Niveauhöhe aus dem Rückenmarke hervortreten. Nach meiner oben gegebenen

Beschreibung könnte man sagen die Reflexe schreiten fort nach dem Principe der *antagonistischen Hemmung.*

Ueber *Ursache* und *muthmasslichen Befund* in meinem Falle ist schliesslich Folgendes zu sagen.

Die Ueberanstrengung des Gehirnes durch die fortgesetzte intensive geistige Arbeit hat einen Reizzustand des Centralorganes herbeigeführt, der sich durch Schlaflosigkeit, allgemeine Unruhe und Reizbarkeit bemerkbar machte. Sehr schnell griff dieser cerebrale Erregungszustand auf das Rückenmark über. Ob nun dieses Uebergreifen eines krankhaften Zustandes von Gehirn auf Rückenmark in Form einer räumlichen Propagation einer uns allerdings unbekannten anatomischen Veränderung oder einer durch vasomotorischen Einfluss bedingten Ernährungsstörung, oder endlich im Sinne von Schwarz[1]) aufzufassen ist, nach dessen Auseinandersetzung die Reizung von motorischen Gehirntheilen die betreffenden Reflexcentren im Rückenmarke in Mitleidenschaft zieht, gewissermassen inducirt — das Alles entzieht sich sicherer Beurtheilung. Nicht ganz von der Hand zu weisen scheint mir die „vasomotorische" Theorie, obgleich ich sonst nicht für dieselbe schwärme. Wenn man aber die plötzliche tiefe Ohnmacht, wenn man ferner die durch die ophthalmoscopische Untersuchung nachgewiesene Arterienverengerung und Venenüberfüllung, wenn man die, vielleicht durch die engen Kragen beförderte venöse Congestion des Kopfes, und wenn man endlich die stürmische Herzaction in Betracht zieht, dann wird man vielleicht dieser Ansicht etwas freundlicher gesinnt. Ich füge hinzu, dass die Symptome der Kopfcongestion und beschleunigten Herzthätigkeit auch in den meisten bisher veröffentlichten Fällen von „saltatorischem Reflexkrampf" beobachtet worden sind.

Jedenfalls ist nach meiner Ansicht für meinen Fall eine anatomische Erkrankung auszuschliessen und als Substrat des geschilderten Symptomenbildes eine sogenannte functionelle Erkrankung und zwar eine *Cerebro-spinal Irritation* anzunehmen.

Aus Mangel an Raum muss ich die Arbeit hier abbrechen. Ihre vollständige Veröffentlichung, namentlich die vergleichende Besprechung der einschlägigen Literatur behalte ich mir für eine andere Gelegenheit vor. E.

II. Original-Vereinsbericht.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 7. Juni 1884.

22) **Jonas Báron:** *Fall von Tetanus traumaticus.*

In Folge einer granulirenden Quetschwunde trat zuerst Trismus dann Opisthotonus, endlich Tetanus auf. Behandlung mit Bromkali

[1]) Schwarz, Zur Lehre von den Haut- und Sehnenreflexen. Arch. für Psych. u. Nervkr. XIII. pag. 621.

erfolglos. Nach einigen Tagen Excision einer Hautpartie von $1^1/_2$ Ctm. Durchmesser, in deren Mitte die Granulation sich befand. Der chirurgische Eingriff verlief ohne Besserung. Nun schnitt Vortr., ausgehend von der Mitte der oberen Peripheriehälfte des Wundrandes die Haut und das subcutane Bindegewebe in einer Länge von $1^1/_2$ Ctm. in gerader, nach aufwärts gehender Richtung ein. Am Grunde dieses Einschnittes verlief ein circa 1—2 Mm. dicker Nerv, dessen unteres Ende, wo derselbe bei der ersten Operation durchschnitten war, eine doppelt S-förmige Krümmung und geringgradige Anschwellung zeigte; oberhalb dieser Stelle war der Nerv normal und verlief in gerader Richtung aufwärts. Das Ende dieses Nerven — es war der Endzweig des Ramus dorsalis des Ulnarnerven welcher den kleinen Finger versieht — wurde in der Länge von circa $1—1^1/_2$ cm. herausgeschnitten. Darauf traten die Tetanus-Anfälle immer seltener auf, dauerten kürzer und waren weniger intensiv. Nach 21 Tagen — inzwischen überstand Pat. auch einen Bronchialcatarrh — hatte Pat. den letzten Tetanus-Anfall. Die Nervenresection aber verursachte eine Störung in der Innervation, indem die äussere und Rückenfläche des I. Phalanx des kleinen Fingers ihre Sensibilität einbüsste.

23) **Andreás Takács:** a) *Sclerosis lateralis amyotrophica.*

An dem vorgestellten Kranken scheinen an den Vorderarmen die Streckmuskeln, an den Händen sämmtliche Muskeln zu fehlen. Krankheitsdauer 2 Jahre. Spatia interossea vertieft; Tenar, Antitenar ganz geschwunden; die Hände fast die Klauenform annehmend. Electrische Reaction ist blos *quantitativ* vermindert. Neben diesem Bilde der *progressiven Muskelatrophie* sind aber auch Spannungs-Gefühl, Contracturen, gesteigerte Sehnenreflexe und verminderte Motilität zugegen, was für die *Paralysis spinalis spastica* characteristisch ist. Die Combination dieser zwei Symptomen-Gruppen lässt aber die Diagnose der amyotrophischen Lateralsklerose mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen.

b) *Poliencephalitis und Tabes.*

Die vor 3 Jahren begonnene Krankheit des 45jähr. Kutschers introducirte sich mit Schwindel und Kopfschmerzen. Im Gebiete des N. oculomotorius, abducens, facialis, trigeminus, hypoglossus und glossopharyngeus Verminderung der Motilität und Atrophie nachweisbar. Electrische Reaktion der Muskeln dieses Nerventerritoriums — mit Ausnahme des Temporalis — blos *quantitativ* vermindert. Die Krankheit hat demnach als *Poliencephalitis superior* sich installirt; dann hat sich in den motorischen Kernen der Medulla oblongata, progressiv und absteigend derselbe Process etablirt wie im Rückenmarke bei der progressiven Muskelatrophie. Ausserdem sind aber auf dem Gebiete des Trigeminus und an den unteren Extremitäten Abnahme der Sensibilität und der Gefühls-Leitung zugegen; Sehnenreflexe fehlen.

Vortr. erklärt diese Combination so, dass die Affection der motorischen Kerne der Med. oblong. auf die nahe gelegenen Fasern des sensitiven Stranges übersprang, wie etwa dies bei der Erkrankung der grauen Vorderstränge des Rückenmarkes auf die Seitenstränge statt-

zufinden pflegt. Während im letzteren Falle das Bild der amyotrophischen Lateralsclerose sich zeigt, schliessen sich in diesem Falle der Poliencephalitis die Symptome der Tabes an. (Gegen die Stichhaltigkeit dieser Annahme liessen sich manche Einwände erheben. Ref.)

Sitzung vom 21. Juni 1884.

24) **Carl Laufenauer:** *Schlafanfälle bei einer Hystero-epileptischen.*

Die vorgestellte 25 j. Magd ist hystero-epileptisch, links hemianästhetisch. Im Jahre 1883 schluckte sie 3 Nähnadeln; davon wurden zwei aus dem Rachen, eine aus der Bauchwand extrahirt. Damals trat der erste *Schlafanfall* mit 3tägiger Dauer ein; sie hat auch 5 Tage geschlafen. Während des Schlafes ist sie *hypnotisch bewusstlos.* Beim Anblasen und durch Stimmgabel-Vibration bekommt sie klonische Krämpfe am Kopfe und den oberen Stammtheilen. Beim Erwachen kann sie sich an Nichts erinnern. (? Ref.) Es gelang noch nie sie aus dem Schlafe, durch welches Verfahren immer, zu wecken. Vor Beginn des Schlafanfalles tritt dumpfer Kopfschmerz ein. Das hysterische Leiden datirt sich von einem Kopftrauma, dessen Residuen jetzt nach 6 Jahren noch palpabel sind.

Sitzung vom 25. October 1884.

25) **Carl Kétli:** *Besprechung einiger bei peripherer Facialislähmung vorkommender Symptome.*

1) Vortr. acceptirt die von Schiff experimentell erhärtete Ansicht, wonach die Geschmacksempfindung des vorderen Drittels der Zunge durch die *Chorda Tympani* vermittelt wird, und dass der Nerv. lingualis nur als Vermittler des Tastgefühles der Zunge zu betrachten ist. Die Geschmacksempfindung am hinteren Theil der Zunge versieht der Glossopharyngeus am vorderen Theile der Zunge aber der *Trigeminus.*

2) Die Deviation der Zunge ist auch trotz des Läugnens gewichtiger Autoren (Grasset, Eichhorst, Erb) ein häufiges Symptom der peripheren Facialislähmung. Die Ursache liegt in der Lähmung des Ramus stylohyoideus und digastricus, welche das os hyoideum zumeist fixiren. Die Deviation geschieht immer nach der gesunden Seite hin: ein Beweis, dass die Ablenkung nicht aus Lähmung des Genio-glossus resultirt, da sonst wegen der Kreuzung der Fasern dieses Nerven die Deviation nach der kranken Seite stattfände.

3) Das oftmalige Thränen-Träufeln soll durch die Lähmung des *Musculus Horneri* erzeugt werden. Die Gehörsstörungen (Hyperacusia) sind Folge der Lähmung des Nerv. stapedius.

Discussion.

Julius Böke: Facial-Lähmungen ergeben zweierlei Gehörs-Störungen: Schwerhörigkeit und Hyperacusia je nach dem Sitze der Erkrankung des Nerven unter oder oberhalb des Ursprungs des Nerv. stapedius.

Korányi schliesst sich betreffs der Geschmacksempfindung der Ketli'schen Ansicht an, umsomehr als er schon vor 20 Jahren eine Krankengeschichte publicirte, in welcher bei beiderseitiger Trigeminus-Anästhesie Geschmacks- und Tast-Empfindung am vorderen Drit-

tel der Zunge aufgehoben war. Zur Erklärung des unleugbaren Phänomens der Zungen-Deviation müsse man aber auch den Nerv genioglossus herbeiziehen.

Man lasse zur Prüfung *auf einen zwischen die Zähne eingelegten Keil beissen und dann erst die Zunge herausstrecken;* auf diese Weise lässt sich der Musc. genio-glossus recht gut abtasten. Ist dieser gelähmt, findet die Deviation ihre genügende Erklärung.

Goldzieher negirt, dass die Thränensecretion durch den Nerv lacrymalis (Trigeminus) vermittelt werde. Wenn der facialis gedehnt wird, stellt sich vielmehr abundante Thränensecretion ein. Wenn aber das Auge bei Faciallähmungen nicht trocken bleibt, ja sogar Thränenträufeln sich einstellt, so ist dies damit zu erklären, *dass die Thränen nicht nur durch die Thränen-Drüsen secernirt werden, sondern auch die Conjunctiva eine den Thränen ähnliche Flüssigkeit absondert.*

Schulck hat bei Resection des Facialis gleichfalls ausgiebige Thränen-Secretion während der Operation beobachtet.

Kétli kann sich mit der Ansicht, dass der Facialis die Thränensecretion vermittle, nicht befreunden, da das jahrelang bestehende Thränenträufeln bei Lähmung dieses Nerven dagegen spricht.

26) **Josef Ötvös:** *Fall von Lähmung des Nervus medianus.*

In Bezug des sonst zumeist traumatischen Ursprungs (Duchenne, Erb, Richet) ist dieser Fall wegen seines Entstehens interessant. Erkältung und Liegen auf dem Arm, also Druck (ist denn dieser Druck nicht auch eine Art Trauma? Ref.) veranlassten die Lähmung. Heilung durch Electricität.

27) **Ernst Moravcsik:** *Fall von traumatischer Epilepsie.*

Der vorgestellte Pat. hat vor 12 Jahren eine Verletzung mit Schädeldepression an der linken Schläfe erlitten. Die Narbe auch jetzt noch sichtbar. Die epileptischen Anfälle kamen erst jüngst zum Vorschein.

Sitzung vom15. November 1884.

28) **Andreás Takács:** 1. *Fall von multipler Sclerose.*

Bei einem 20 jährigen Mädchen zeigte sich erst Tremor in der rechten Hand, dann in der rechten unt. Extremität; später wurden die linken Extremitäten und der Kopf ergriffen. Bei ruhiger Bettlage zitterte blos der Kopf, bei intendirten Bewegungen folgten Tremores in den betreffenden Theilen.

2. *Fall von luetischer Ponsaffection.*

Der 36 jähr. Pat. hatte in seinem 12. Lebensjahre ein primär venerisches Geschwür. Vor $1^1/_2$ Jahren bekam er blitzartige Schmerzen in den unt. Extremitäten, dann Parästhesien, locomotorische Ataxie und statische Ataxie des Stammes. Später wurden auch die Oberextremitäten atactisch. An der linken Gesichtshälfte, l. Seite der Zunge, am r. Fuss vom Knie abwärts Anästhesie. Rechts paretische Erscheinungen des Oculomotorius und Abducens; Parese der r. Extremitäten in geringerem Grade auch links.

Die Reihenfolge weisst auf Sitz des Uebels im Pons hin. Nach Jodkali Besserung; daher syphil. Ursprung supponirt.

29) **Josef Ötvös**: *Zwei Fälle von halbseitigem tonischem Gesichtskrampf.*

Vortr. stellte zwei Kranke vor (Knabe von 12, und Frau von 20 Jahren) die nach Facialislähmung im 4—5 Monate ihrer Krankheit tonischen Gesichtskrampf bekamen; früher traten Erscheinungen der Entartungsreaction auf. Bei den vorgestellten Kranken kam die Elektricität gar nicht zur Anwendung, somit kann die Ursache des tonischen Krampfes weder von der Galvanisation (Duchenne) noch von der Faradisatiou (Remak) oder deren Uebertreibung herrühren. Vortr. theilt Erb's und Hitzig's Ansicht, die die Ursache dieser secundären posthemiplegischen Facialis-Affection in der Entartung der Nerven und Muskeln suchen.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

III. Referate und Kritiken.

30) **C. Heymann**: Ueber die Wirkung des Druckes auf die Grosshirnrinde. (Sep.-Abdr. aus den Verhandlungen der physiol. Gesellschaft zu Berlin 1883/84. Nro. 21.)

In der physiologischen Abtheilung von Kronecker in Berlin stellte Verf. Versuche über die Ursache der Schwindelerscheinungen an, deren Ergebnisse wir etwas ausführlicher wiedergeben, da sie uns grösseres Interesse in Anspruch zu nehmen scheinen. Die Thiere, Hunde und Frösche, wurden der Länge nach in die Peripherie einer kreisförmigen Scheibe in der Bauchlage aufgebunden so dass eine Schädelhälfte peripher, die andere central lag. Die Scheibe, 550 Mm. im Durchmesser, wird 2—300 Mal in der Minute jedesmal 3—4 Minuten lang gleichmässig rotirt und diese Rotation in Pausen von 1 Minute 3—4 mal wiederholt.

Nachdem die schwersten Schwindelerscheinungen: Speichelfluss, Nystagmus u. s. w. geschwunden waren, zeigte das Thier eine Lähmung einer oder beider Extremitäten derjenigen Seite, die dem Mittelpunkt des Kreises, in dem es gedreht worden, zugewendet war. Die betr. Extremitäten hingen schlaff herunter, das Thier bewegte sich mit den nicht gelähmten Extremitäten fort. Bald wurden auch die gelähmten Extremitäten zum Gehen benutzt, wobei das Thier unsicher, den Fussboden suchend, ab und zu auf dieselben fiel, in der Gangart des sog. spanischen Trittes ging, an den Gang der Tabiker erinnerte und schliesslich noch längere Zeit eine gewisse Ungeschicklichkeit im Gebrauch der betr. Extremitäten bekundete. Intensität und Dauer der Lähmung waren verschieden bei verschiedenen Thieren und variirten von Minuten bis Stunden. Bei einem und demselben Thiere schienen sie abhängig sowohl von der Zeitdauer der Einzeldrehung und der Zahl der Wiederholungen, als auch von der Geschwindigkeit der Drehungen. Da die Symptome von zu kurzer Dauer waren, so wird eine Gefässzerreissung mit Blutaustritt in die Hirnmasse als veranlassendes Moment auszuschliessen sein. Um die durch

die Drehung veränderten Circulationsverhältnisse genauer zu studiren legte Verf. ein Thier so in den Kasten, dass die rechte Seite in die Peripherie zu liegen kam, wodurch in der rechten Grosshirnhemisphäre mit Ausnahme der peripher sten Theile Hyperämie, in letzteren, wie in der linken Grosshirnhemisphäre Anämie entstand. Die natürliche Injektion nach dem Tode, sowie eine Injektion von Farbstoff während der Rotation bewerkstelligt, (bei Kaninchen und Meerschweinchen) zeigte Anämie der peripher gelagerten Hirnrindentheile, darunter Hyperämie, relative Anämie der central gelagerten Hirntheile. Uebrigens überdauerte die corticale Anämie die Drehung nicht. Frösche, bei denen der Einfluss der Circulation ganz ausgeschlossen war, (Ausdrücken von Blut aus der grossen Bauchvene und Entziehung der Hälfte des präsumptiven Blutgehaltes) zeigten nach der Drehung die Lähmung in derselben Weise, wie früher. Wenn also die Anämie nicht den grössten Theil der Schuld an der Lähmung trug, so musste es vornehmlich der directe Druck auf die Nervenelemente der Corticalis sein. Legte man einen trepanirten Hund so in den Drehkasten, dass die durchbrochene Seite peripherwärts lag, so erhielt man keine Lähmungserscheinungen, wohl aber, wenn man die andere Seite in die Peripherie legte. Wurde durch eine Trepanöffnung im Schädel ein Stöpsel von 5 Mm. tief in die Schädelhöhle eingedrückt und nunmehr durch die Centrifugalkraft das Gehirn gegen den Stöpsel gedrängt, so wurden diejenigen Theile isolirt gelähmt, welche von der gedrückten Stelle innervirt werden. Diese Methode gewährt also die Möglichkeit, ebensolche Ausfallserscheinungen zu erhalten, wie beim Ausschneiden einzelner Hirnrindenpartien. Ist die Lähmung vorüber, so ist die gedrückte Partie auch wieder reizbar. Wenn es gelänge, ein prominentes Knochen- oder Metallstück in die Trepanöffnung einzuheilen, so würde man solchen Thieren durch fortgesetzte Drehung vielleicht den gedrückten Theil definitiv lähmen können. —

Ref. bemerkt dazu, dass Mendel (siehe Centralbl. f. Nervenheilkde. Nro. 11 pag. 242 1884) bei der Sektion der zu Tode gedrehten Thiere hochgradige *Hyperämie* der Schädelknochen, der Hirnhäute und der grauen Hirnrinde, Blutleere und Oedem der weissen Substanz angibt, was mit der von Heymann betonten corticalen *Anämie* nicht übereinstimmt. Mendel beobachtete die Lähmungserscheinungen erst (Drehung 100—110 mal in der Minute) nach 12—14 tägigen Drehungen, täglich 3—4 mal in kurzen Pausen. Obwohl in den Versuchsanordnungen der beiden Experimentatoren gewisse Unterschiede liegen, so wäre es doch erwünscht, da H. die Circulationsveränderung als Ursache ganz ausschliesst, M. die aktive Hyperämie als wesentliche Bedingung für Erzeugung der Lähmung und der übrigen paralytischen Erscheinungen anschuldigt, bei dem ersten die Ausfallserscheinungen vorübergehend waren, wenn durch weitere Experimente Klarheit in diese wichtige Sache gebracht würde. Goldstein (Aachen).

31) **Raphaele Brugia** (Ferara): Di un caso di Afasia. (Ueber einen Fall von Aphasie als Beitrag zur Pathologie der Sprache.)
(Archivio italiano per la malatie nervose etc. Sep.-Abdr. 1884.)

Verf. giebt in dem allgemeinen Theil der fleissigen Arbeit in kurzer und übersichtlicher Weise eine Darstellung der geschichtlichen Entwickelung des Studiums der Aphasie, verweist auf eine Anzahl älterer aber gut beobachteter Fälle, besonders auf solche von Morgagni, welche trotz der sorgfältigen Beobachtung und der genauen Angaben über den nekroskopischen Befund nur wenig bekannt seien und empfiehlt deren analytische Bearbeitung. In der Erörterung über die verschiedenen klinischen Formen der Sprachstörungen hält er sich genau an den von Kussmaul in seinem Werke über die Störungen der Sprache gegebene Darstellung und Classification und bedient sich auch des von diesem entworfenen Schema, um an dem folgenden Falle die Sprachstörung klinisch zu erläutern:

Luigi F. 35 Jahre alt, erlitt durch einen fortgeschleuderten Stab eine Verletzung an der linken Schläfenschuppe. Er fiel bewusstlos zu Boden, kam aber rasch wieder zu sich, wobei der Verlust der Sprache constatirt wurde. Der Verletzte wurde sofort nach Hause gebracht, wo er unterstützt ganz gut die Treppe hinaufgehen konnte, stürzte dann aber plötzlich zusammen und blieb 14 Tage lang bewusstlos und sprachlos, in welchem Zustande er nur in automatischer Weise mit Reflexbewegungen auf Reize reagirte. In dieser Periode fand man, dass die rechte obere und untere Extremität gelähmt waren, in welcher sich von Zeit zu Zeit Convulsionen in der Form athetotischer Bewegungen einstellten. Im Gesicht beobachtete man jetzt wie auch später keine ausgesprochenen Lähmungen.

In der dritten Woche besserte sich der Zustand; das Bewusstsein und die Intelligenz kehrten zurück und nur dann und wann beobachtete man leichtere Anfälle von Bewusstseinsstörung, Lethargie und Verwirrtheit. Die Lähmungserscheinungen schwanden und die Convulsionen liessen nach, sodass der Kranke allmählich seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. In der beobachteten Sprachstörung trat jedoch keine bemerkenswerthe Besserung ein.

Als der Kranke dem Verf. zur Beobachtung kam, constatirte er an der Regio temporalis sinistra, genau der Broca'schen Stelle am Fusse der unteren Frontalwindung entsprechend, eine auf Druck schmerzhafte Schädelimpression, in welche man die letzte Phalanx eines Fingers legen konnte. Es bestand keine deutliche Lähmung der Faciales und die Bewegungen der Zunge waren ganz unbehindert. Die Muskelkraft erwies sich in beiden Händen abgeschwächt jedoch ohne besondere Differenz zwischen links und rechts. In der linken oberen Extremität (manchmal auch in der linken unteren) stellte sich von Zeit zu Zeit, besonders bei intendirten Bewegungen, schmerzhafte Flexionscontractur ein, die passiv leicht zu beseitigen waren. Der rechte Patellarsehnenreflex war etwas verstärkt, das Muskelgefühl etwas gestört. Die specifischen Sinne functionirten normal, nur war das Gehör links etwas abgeschwächt und es bestand neben Cephalgie im linken Ohr ein belästigendes Sausen. Im Uebrigen war Alles normal und nur in Sprache und Schrift zeigen sich folgende Störungen:

Der Kranke ist nur ausnahmsweise im Stande — obwohl er Alles versteht was gesprochen wird — den Begriffen und Vorstellungen adäquate Worte auszusprechen, oder aber die Worte werden im höchsten Grade verstümmelt hervorgebracht. Ein eigentliches Verwechseln der Worte findet nicht statt. Manchmal gelingt das Aussprechen des Anfanges eines Satzes ziemlich gut, allein plötzlich ist er unfähig ihn zu vollenden. Seine Rede besteht daher nur aus mehr oder weniger gut ausgesprochenen Lauten und verstümmelten Wörtern. Auch ist er nicht im Stande (oder doch nur ganz selten) vorgesprochene Worte, trotz reichlicher Uebung, richtig nachzusprechen. Nur das Nachsprechen von Vocalen und Diphthongen ist ihm möglich, Triphthongen, Consonanten und Silben machen ihm dagegen unüberwindliche Schwierigkeiten. Findet der Kranke für ein Substantiv das Wortbild nicht, so versucht er es zu umschreiben; aber dies gelingt ihm auch nur selten und er substituirt stets den Neologos „cosare", indem er ihn mit mimischen Bewegungen und Gesten zur Verständigung begleitet. Oftmals kann er in der Erregung, eine schwierig auszusprechende Verwünschung, ja ganze Sätze aussprechen, die er auch, wenn die Erregung vorüber ist, wiederholt. Die „Injectionale Sprache" muss desshalb als erhalten angesehen werden.

Das laute Lesen ist ihm meistens ganz unmöglich; nur Vocale und Diphthongen kann er ablesen. Consonanten, Silben und Wörter trotz aller Anstrengung nicht. Der Kranke versteht aber jedes abgelesene Wort, ist nur unfähig es in verbale Laute zu übertragen. Ebenso unfähig ist der Kranke seine eigenen Gedanken durch die Schrift kund zu geben; er bringt nur Striche und unkenntliche Zeichen zu Papier, deren Unrichtigkeit er erkennt. Dagegen gelingt es ihm Worte und ganze Sätze genau und richtig abzuschreiben, d. h. er zeichnet sie ab, wie man einen Gegenstand abzeichnet.

Bei genauer Beobachtung zeigt der Kranke eine geringe geistige Schwäche, rasche geistige Erschöpfbarkeit, etwas kindisches Wesen bei seinen Handlungen und leichte melancholische Verstimmung.

Bei der Begründung der klinischen Diagnose führt der Verf. aus, dass das Begriffscentrum wohl etwas geschwächt sei, dass jedoch der impressive Weg für die Sprache intact sein müsse, da die Verbindung zwischen Wort und der Vorstellung frei sei und auch geschriebene Worte richtig verstanden würden. Es könne sich desshalb weder um verbale Taubheit, noch verbale Blindheit (sensorische Aphasie) handeln. Wohl aber müsse eine Störung in den beiden sensorischen Centren für Lautbilder und Schriftbilder bestehen in der Art, dass die stärkeren acustischen und optischen Reize diese Centren noch erregen und das Wortbild und Schriftbild in Erinnerung bringen, während die schwächeren vom Intellectorium ausgehenden Reize zur Hervorrufung und Entäusserung derselben nicht genügten.

Da es nun dem Pat. nicht möglich ist, vorgesprochene Worte richtig zu wiederholen, so müsse man auch eine Störung in der motorischen Bahn der Sprache und zwar in dem Centrum der Coordinationsbewegungen für die Articulation und Phonation annehmen, während das Centrum für die coordinatorischen Bewegungen des Schreibens intact sei, weil das Abschreiben ganz gut gelänge. Es handelt sich also klinisch um eine Combination von Störungen in der Diction und der Articulation, um amnestische Aphasie und Agraphie und vorzugsweise um ataktische Aphasie.

Anatomisch erklärt sich der Verf. die angeführte Sprachstörung so, dass er annimmt, dass durch die Schädelimpression die Function der Broca'schen Stelle im Fusse der unteren Stirnwindung dauernd aufgehoben sei, welche der Sitz des motorischen Centrum für die Coordination der Lautbewegungen und Lautwörter ist. Die mittlere Stirnwindung als Sitz für das Centrum für die Bewegungen der Schriftzüge in Schriftwörter müsse dagegen unverletzt geblieben sein. Ferner sei durch Splitterung des Schädelknochens und Druck dieser Splitter auf die beiden sensorischen Centren für Wort- und Schriftbilder in der ersten oder oberen Temporo-Sphenoidalwindung und in der plis courbe (3. oder untere Parietalwindung) des Lobulus parietalis inferior die amnestische Aphasie und Agraphie zu erklären.

Durch einen Bluterguss aus einem Ast der Art. meningea media und dessen allmählicher Resorption erklärt Verf. die Bewusstlosigkeit, die Lähmungen, Convulsionen und Contracturen und deren Verschwinden, indem er leichtere morphologische Veränderungen in der Gehirnrinde nicht mit Sicherheit ausschliesst.

Schliesslich hält Verf. in Fällen wie der oben mitgetheilte die Trepanation der imprimirten Schädelstelle für indicirt, die jedoch im vorliegenden Falle nicht ausgeführt worden ist.

Halbey (Bendorf).

---

32) **R. Peters**: Neuralgien, bedingt durch Druck einer vergrösserten Lymphdrüse. Ausgang in acute Miliartuberculose. (St. Petersburger medic. Wochenschrift Nro. 40. 1884.)

Am 2. Juli 1882 sah Verf. ein 8jähriges, hereditär belastetes Mädchen, welches heftige Schmerzen in der Lumbalgegend hatte. Dieselben traten nur Nachts auf, begannen an den unteren Lendenwirbeln und strahlten nach vorne zur Crista il. ant. sup. aus. Ihre Heftigkeit raubte den Schlaf. Sie kommen anfallsweise und dauern $^1/_2$ bis 2 Stunden. Früher auf einer Seite der Wirbelsäule vorhanden, sind sie jetzt beiderseitig. Objective Untersuchung negativ. Diagnose: Neuralgien im Bereiche der Ni. lumbales, vielleicht rheumatischen Ursprungs, bedingt durch Veränderungen an den peripheren Theilen der betr. Nerven und ihrer Scheiden oder aber durch Veränderungen an den Durchtrittsstellen der Nerven durch die Wirbelsäule, sei es von Seiten des knöchernen, sei es von Seiten der weichen Umgebung. Besserung der neuralgischen Beschwerden in Folge galvanischer Behandlung. Nach 8 Monaten erneuter Ausbruch der Schmerzen. Nachlass auf electrische Behandlung. Fieber. Ausbruch eines 14 Tage dauernden Typhus, daran anschliessend ein Stadium mit subfebrilen, hin und wieder exacerbirenden Temperaturen. Dann eine 3. Periode mit hohen Temperaturen, welche den tuberculösen Process andeuteten. Tod unter den Erscheinungen der Basilarmeningitis. Aus der Sektion heben wir nur hervor, dass an der Wirbelsäule, entsprechend dem Zwischenraume zwischen 4. und 5. Lendenwirbel dem For. intervertebrale unmittelbar aufliegend eine nadelgrosse, käsige Drüse ohne Erweichung und Verkalkung sich vorfand. Ihre Kapsel liegt dem

Nerven an, ohne mit ihm verwachsen zu sein; kein ostitischer Process in den Wirbelkörpern. Sonst wurde übrigens nirgends ein Käseherd gefunden. Der auch in mancher anderen nicht hierher gehörigen Beziehung interessante Fall zeigt, dass das Kind 3 Jahre wenigstens eine vergrösserte, verhärtete Lymphdrüse an der Austrittsstelle des Lumbalnerven trug. Dieselbe provocirte periodische Reizerscheinungen an betr. Nerven, hervorgerufen wahrscheinlich durch Vergrösserungen und dadurch bedingten Druck. Goldstein (Aachen).

---

33) **James D. Munson** (Pontiac, Mich.): Pacchymeningitis interna hypertrophica. (The Detroit Lancet. Juni 1884.)

Ein im besten Mannesalter stehender Arzt, nie syphilitisch, trotz grosser geistiger und körperlicher Anstrengungen stets gesund, ohne erbliche Disposition zu Nervenkrankheiten, bekam etwa 5 Jahre vor seinem Tode herumziehende Schmerzen, die sich allmählich häufiger und meist auf den Nacken beschränkt einstellten (zugleich Steifigkeitsgefühl in denselben). Nach einigen Monaten Dauer plötzlich Muskelschwäche im rechten Arme, 4—5 Monate später Atrophie der rechten Daumenadductoren und der Mm. interossei, eigenthümliche Flexionscontractur der rechten Hand, trophische Störungen ihrer Haut, auch geringe Anästhesie derselben, häufige Wiederkehr der Nackenschmerzen, die durch rechte Schulter und rechten Arm schiessen. Uebergreifen der Atrophie auf verschiedene Muskeln des letztern, etwa 6 Monate später auch der linken Oberextremität (auch hierin schiessende Schmerzen), brennende Gefühle in den Beinen und vor allem in dem paralytischen Arme, fibrilläre Zuckungen, spasmodische, halbtonische Contraction der Thorax- und Rückenmuskeln, nach 2 Jahren auch der rechtsseitigen Mm. intercostales und etwas später des rechten Beines, einige Zeit vorher auch Bulbärsymptome, zeitweise geistige Depression unter dem Gefühle grosser körperlicher Erschöpfung, endlich Verrücktheit, Gesichtstäuschungen u. s. w.; im Uebrigen alle Körperfunctionen normal. Tod durch Lähmung der Respirationscentren. — *Sectionsbefund*: In der Nackengegend war die Dura verdickt und den benachbarten Wirbeln fest angeheftet, das Rückenmark von den Seiten zusammengedrückt, fast rund, die Pia verdickt; im rechten Seitenstrang und zwar in einer halbzirkelförmigen Zone Hypertrophie der Neuroglia und Alteration der Nervenfasern, in den übrigen Strängen Zeichen von Entzündung, Atrophie der motor. und sensibeln Nervenwurzeln, in der grauen Substanz rechts starke Atrophie und fast vollständiges Fehlen der Nervenzellen (die wenigen erhaltenen waren rund, stark pigmentirt und ohne Kerne) links einzelne Zellen degenerirt. — Die peripheren Nerven und das Gehirn wurden nicht untersucht.

Voigt (Oeynhausen).

---

34) **Karl Dehio** (Dorpat): Zwei Fälle von doppelseitiger Lähmung der Musculi crico-arytaenoïdei postici. (St. Petersb. med. Wochenschrift 1884. Nro. 26, 27, 28.)

Herr v. F., 43 Jahre alt, Maschinentechniker, hat als Kind an Schwellung der Halsdrüsen gelitten und vor 20 Jahren Syphilis acquirirt. Bis vor 5 Jahren gesund, wo Geschwüre auf Haut und im Rachen auftraten. Vor 2 Jahren begann seine jetzige Krankheit. Nach starker Anstrengung seiner Stimme und gleichzeitiger Erkältung fühlte er Frösteln und Athembeschwerden, Einathmen von Luft war mit Geräusch begleitet. Zusammenschnüren im Halse. Der Arzt constatirte eine Parese der M. crico-aryt. post. und verordnete Faradisation der Ni. laryng. recurrentes. Besserung, wiewohl das stridoröse Inspirationsgeräusch nielmals ganz schwand. Vor 1 Jahre Erkältung zum zweiten Male. Wiederum lautes stenotisches Athmen, hochgradige Athemnoth.

Verf. fand leises stenotisches Inspirationsgeräusch mit Einsinken des Jugulum und Epigastrium bei ruhigem Athmen. Bei tieferen Athemzügen hört man während des Inspiriums einen im Kehlkopf eintretenden, an Crouphusten erinnernden, Ton, der sich bei forcirten Athemzügen und im Schlaf zu einem heulenden, weithinschallenden gestaltet. Respirationsfrequenz im Schlaf = 15 in der Minute. Exspirium frei. Die laryngoscopische Untersuchung zeigt einen mässigen, chronischen Catarrh. Die Stimmbänder liegen bei gewöhnlicher Athmung mit ihren hinteren Enden unbeweglich an einander, so dass die Processus vocales sich sowohl beim In- wie Exspirium mit ihren Spitzen berühen. Auch bei forcirten Inspirationen weichen dieselben nicht von einander. Zwischen den innern Flächen der Aryknorpel sieht man als Andeutung der Glottis respiratoria einen nähnadelfeinen durchgängigen Spalt; die Kuppen der beiden Aryknorpeln haben sich bloss mit ihren unteren Kanten fast bis zur Berührung genähert. Die freien Ränder der Stimmbänder berühren sich beim Exspirium nicht. Isochron mit dem Beginn des Inspiriums jedoch sieht man die Stimmbänder sich geradestrecken, so dass sie sich fast berühren und nur noch einen haarfeinen Spalt zwischen sich lassen, durch welchen mit dem beschriebenen Stenosengeräusch die inspirirte Luft hindurchtritt. Dieses inspiratorische Zusammentreten der Stimmbänder scheint eine *active* durch Contraktion des Ni. thyreoarytaenoidei interni bewirkte Bewegung zu sein. Therapeutische Erfolge wurden nicht erzielt. Ob es sich hier um eine neuroparalytische oder rein muskuläre Lähmung handelt muss ebenso unentschieden bleiben, als wie weit die Syphilis als ätiologisches Moment anzuschuldigen ist. Das paradoxe inspiratorische Engwerden der Glottisspalte dürfte sich, wie hervorgehoben, durch eine physiologische Contraktion der Glottisverengerer erklären lassen, da für die gleichzeitige Annahme eines inspiratorischen Glottiskrampfes und ebenso für die passive Aspiration der Stimmbänder sich keine Momente auffindig machen lassen.

Frau M. seit Jahren brustleidend, bekam 3 Wochen bevor Verf. sie sah, plötzlich Athemnoth. Erstickungsanfall ging vorüber, aber

eine gewisse Behinderung der Athmung blieb. Die Frau zeigte bei der Untersuchung deutlichen Stridor des Athmungsgeräusches, links hinten oben und links vorn oben Dämpfung, rechts hinten unten Dämpfung, bronchialis Athmenund Rasseln. Laryngoscopisch: Epiglottis hoch aufgerichtet, linker Aryknorpel gänzlich unbeweglich, linkes Stimmband beim Phoniren und beim ruhigen Athmen in Cadaverstellung. Bewegungen des rechten Stimmbandes wenig ausgiebig. Rechter Aryknorpel bewegt sich auch nur wenig und bei tieferen Athemzügen werden beide Stimmbänder mit ihren inneren Flächen derartig gegen das Lumen des Kehlkopfes herangezogen, dass die Glottis sich stark verengt und zu tönendem, heulendem Inspirium Veranlassung gibt. — Diagnose: Phthisis pulmonum. Paralyse des linken N. recurrens und Parese des rechten mit fast vollständiger Lähmung des M. crico-arytaen. post. dext. Verf. nimmt eine Drucklähmung des Ni. laryngei recurrentes an, etwa durch käsige Bronchialdrüsen oder pleuritische Schwartenbildung in der Umgebung der betroffenen Nervenstämme bedingt. Goldstein (Aachen).

---

35) **Joh. Klockner:** Ueber einen Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln. (Aerztl. Intelligenzblatt Nro. 70, 71 u. 72. 1884.)

Im Reisingerianum wurde von Prof. H. Ranke in München folgender Fall aufgenommen und vom Verf. genauer beobachtet: G. P. 11 Jahre alt, Eltern gesund, von 9 Geschwistern starben 8 im ersten Lebensjahre, vielleicht wegen mangelnder Pflege und Ernährung, eine noch lebende Schwester ist gesund. Pat. von schwächlicher Constitution von jeher, hat 3 mal Diphtherie und 1 mal Masern gehabt, lernte erst mit $2^1/_2$ Jahr das Gehen. Erst im 8. Lebensjahre soll er nicht mehr so gut, wie früher, gegangen haben. Zustand verschlimmerte sich seit jener Zeit.

Stat. praes. Blöder Gesichtsausdruck. Intelligenz nicht stark herabgesetzt, Muskulatur des Gesichtes normal, Sprache schwerfällig, Kopf etwas nach vorne gebeugt als Folge einer Cervicalkyphose. Am Oberarm haben Deltoides und Triceps an Volumen zugenommen, in Folge wovon die Arme schwer in die Höhe gehoben werden. Am Thorax fällt der Pectoralis major durch geringe Entwickelung auf. Am Bauche sind die beiden Musculi recti verdickt, fühlen sich hart an und klaffen ca. 1 Ctm. von einander. Muskulatur des Rückens atrophisch. An den Unterschenkeln fällt sofort das bedeutende Volumen der Wadenmuskeln auf. In der Haltung des Kopfes fällt die starke Lendenlordose vor allem anderen auf, wodurch der Rumpf bei der fehlenden Fixation der atrophischen Rückenmuskeln über dem Becken balancirt wird. Lordose wird durch eine Kyphose im oberen Dorsaltheil der Wirbelsäule zum Theil wieder compensirt. Unterleib in Folge dessen stark vorgestreckt, Oberkörper nach hinten übergebeugt. Gehen mit gespreizten Beinen, watschelnd. Leichtes Anstossen bringt Pat. zum Fallen. Zustand verschlimmert sich. Während früher die

Planta pedis beim ruhigen Stehen den Boden berührte, hat sich jetzt vollständige Contraktur der Beuger gebildet, Fuss in Equinusstellung. Electrische Untersuchung ergiebt durchweg normales Zuckungsgesetz. A. O. Z. tritt auffallend spät auf, nur einmal (am Nerv medianus) bei niedrigerem Schwellenwerthe als K. S. Z. Im Musc. Triceps fand sich eine der Entartungsreaction verwandte Reaktion. Im Gastrocnemius ist die Erregbarkeit herabgesetzt. Ranke entnahm dem rechten Gastrocnemius ein kleines Stück und fand das interstitielle Bindegewebe stark gewuchert, Muskelfasern auseinanderdrängt. Im hypertrophischen Bindegewebe Fettzellen nur in gerringer Menge. Der Befund reiht sich denen von Barth, Rakowac u. A. an, wo das Hypervolumen der erkrankten Muskeln lediglich durch Bindegewebe bedingt war, während Fett sich nur wenig vorfand. Bindegewebswucherung und Fettbildung sind nicht zwei verschiedene Stadien, sondern zwei verschiedene Formen der Pseudohypertrophie.

Goldstein (Aachen).

---

36) **W. A. Ross** (Detroit): Tetanus. (The Detroit Lancet. Mai 1884.)

Verf. erzählt 4 Fälle von Tetanus und schliesst daran einige Bemerkungen über die Behandlung. Das Wichtigste sei Vermeidung äusserer Erregungen (Pat. soll zugedeckt in einem ruhigen, warmen dunkeln Zimmer liegen), Neurectomie (Amputation soll nur da gemacht werden, wo sie durch die Wunde an sich nothwendig sei) und unter den zugleich anzuwendenden inneren Mitteln namentlich Amylnitrit, da dasselbe die Erregbarkeit der motorischen Centren des Rückenmarks mächtig herabsetze, auch auf die Functionen der Nerven und Muskeln in ähnlicher Weise einwirke. Voigt (Oeynhausen).

---

37) **J. W. Stickler** (Orange, N. J.): A case of traumatic tetanus cured by the internal and local use of sulphate of morphine. (Ein Fall von traumatischem Tetanus geheilt durch innern und örtlichen Gebrauch von Morphium.) (The medic. Record 13. Sept. 1884.)

Der Fall bietet nichts besonderes; der Titel besagt Alles.

Voigt (Oeynhausen).

---

38) **Spencer M. Free:** Hysteria in the male. (Hysterie beim männlichen Geschlechte). (The medic. Record 27. Sept. 1884.)

Es werden kurz 5 zum Theil zweifelhafte Fälle obiger Erkrankung berichtet und hinzugefügt, dass in den meisten die Ursache in Störungen der Sexualorgane zu suchen sei.

Voigt (Oeynhausen).

---

39) **L. Ranney** (New-York): Practical hints regarding the methods of examination employed as aids in the diagnosis of nervous diseases. (Praktische Winke rücksichtlich der zur Diagnose der Nervenkrankheiten angewandten Untersuchungsmethoden.) (The medical Record 22. März 1884 u. ff.)

Verf. giebt in einer längeren Arbeit eine kurze Auseinandersetzung aller der verschiedenen in Nervenkrankheiten von den Specialisten angewandten Untersuchungsmethoden zu dem Zwecke, den praktischen Arzt in den Stand zu setzen, Nervenkrankheiten richtig zu diagnostiziren und zu behandeln. Zur Erläuterung dienen verschiedene den Werken von Duchenne u. A. entnommene Zeichnungen. Wenn Verf. an einer Stelle seiner übrigens geschickt verfassten Arbeit sagt, dass nur ein fortgesetztes genaues Studium der Nervenkrankheiten den Arzt das betreffende Material bewältigen lasse, so ist dem ohne Weiteres zuzustimmen. Hat dann aber seine Arbeit wirklich grossen praktischen Nutzen? Voigt (Oeynhausen).

---

40) **L. Putzel** (New-York): Syphilis of the central nervous system. (Syphilis des Centralnervensystems.) (The medic. Record. 26. April 1884.)

Verf. schickt einer Reihe von betreffenden, meist sehr interessanten Krankengeschichten (Hirn, Bulbus, Medulla) einige Bemerkungen über Diagnose und Behandlung der Syphilis des Nervensystems voraus. Dieselbe ist eine Tertiär-Erscheinung, der sehr oft geringe oder gar keine bemerkbaren secundären Symptome vorhergingen, und die sich auszeichnet durch ihr unregelmässiges disseminirtes Auftreten. Betrifft sie das Gehirn, so ist in den meisten Fällen ein ganz characteristischer Kopfschmerz vorhanden, der nach Verf. sofort zur specifischen Behandlung von mindestens 1 Jahre Dauer Veranlassung geben sollte. — Die Tabes hängt nach Verf. nicht mit Syphilis zusammen: es spreche vor Allem dagegen, dass die Tabes eine System-Erkrankung sei, während alle andern syphilitischen Läsionen des Nervensystems in unregelmässiger Weise die Gewebe befallen. — Als Heilmittel gibt Verf. Jodkalium in sehr grossen Dosen, zugleich mit Quecksilber.

Voigt (Oeynhausen).

---

41) **T. Searcy** (Tuscaloosa, Ala.): A short synopsis of nerve functions. (Kurze Synopsis der Nervenfunctionen.) (The med. Rec. 2. Febr 84.)

S. setzt kurz auseinander, dass das Nervensystem ein Ganzes ist, dessen Functionen in drei Actionen bestehen: in aufnehmender, anpassender (adjusting), ausgebender — und zwar werden dieselben von den kleinsten, wie von den grössten Centren des Nervensystems ausgeführt. Als characteristisches Kennzeichen dieser Centren sei vor Allem die „anpassende“ Action zu betrachten, die bei den niederen Centren Reflexactionen, bei etwas höhern automatische, dann instinctive, bei den höchsten intellectuelle genannt werden.

Voigt (Oeynhausen).

---

42) **Henry M. Lyman** (Chicago): Apoplectic seizures, their diagnosis and treatment. (Apoplectische Anfälle, ihre Diagnose und Behandlung.) (The medic. Record. 12. Januar 1884.)

Verf. erläutert den Eintritt und den Verlauf der apoplectischen Anfälle sowie die betreffenden pathologischen Befunde durch eine Menge von Krankengeschichten. Unter deren Ursachen hebt er cerebrale Congestion, Hämorrhagie, Embolie und Thrombose hervor; durch Tumoren (Syphilome, Krebs u. s. w.) sah er nie Apoplexie entstehen. Rücksichtlich der differentiellen Diagnose bespricht er die nach einem epileptischen Anfalle, in der Hysterie, bei Malariavergiftung, urämischer Intoxication auftretenden apoplectiformen Anfälle, ferner die Syncope, Asphyxie, puerperale Eclampsie, Alcohol-, Opium- und Bleivergiftungen, Eruptionsfieber u. s. w. Während des Anfalles gibt er innerlich Crotonöl, setzt Blutegel und vermeidet allgemeine Blutentziehungen, die höchstens da anzuwenden sind, wo das rechte Herz „gefährlich blutüberfüllt" ist. Nach dem Anfalle und während der Periode der folgenden Entzündung resp. Erweichung verordnet er Abführmittel (Calomel, salinische Laxanzen), Aconit, event. Blutegel u. s. w. im weitern Verlauf Electricität, Massage, Luftcuren.

Voigt (Geynhausen).

---

43) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Ueber Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken. (Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark XX. Vereinsjahr. 1883. Graz bei Leubuscher und Lubensky 1884.)

Psychische Störungen bei Nervenkranken gehören nicht zu den Seltenheiten; es handelt sich dabei um elementare Vorgänge, die erst, wenn sie ein krankhaft verändertes Bewusstsein treffen, in den Zustand der Melancholie oder des Verrücktseins überführen. Das Erkennen dieser einfachen Vorgänge ist in theoretischer und praktischer Beziehung von grosser Wichtigkeit. Verf. wählt zur Besprechung aus der reichen Fülle elementarer psychopathischer Erscheinungen die sog. Zwangsvorstellungen. Eine der häufigsten und quälendsten bei Nervenkranken ist die, *den Verstand zu verlieren*, welche fast ausschliesslich bei an Neurasthenia cerebralis Leidenden vorkommt. Ihre somatische Wurzel hat diese Zwangsvorstellung in den häufigen paralytischen Empfindungen im Bereiche der Kopfnerven, speciell dem Kopfdruck, psychisch in den Hemmungen des Denkvorgangs. Ihr nahe steht diejenige, von *Schlagfluss, überhaupt von plötzlicher Todesgefahr bedroht zu sein.* Es handelt sich hier meist um Hysterische oder Neurastheniker mit reizbarem Herznervensystem (irritable heart). Eine mildere Form davon ist, dass aus der Unfähigkeit, ein plötzlich auftretendes körperliches Bedürfniss zu befriedigen, eine arge Verlegenheit erwachsen könnte. Ferner reiht sich hieran die Zwangsvorstellung der Gefahr beim Nahen von Gewittern, beim Anblick von Gift, Metall, Thiere etc. Bekannt und vielfach beschrieben sind die *Agoraphobie* und die *Impotentia psychica coeundi*; es sind fast immer Neurastheniker, welche von dieser Vorstellung geplagt werden, die von

Impotentia etc. Befallenen gleichzeitig Masturbanten. Eine Variante stellen die Zustände dar, wo der betr. Neuropathiker in einer Situation, wo er als Redner z. B. die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich zieht, von der Zwangsvorstellung überfallen wird, er könne stecken bleiben und sich blamiren. Nicht selten können Nervenkranke den Gedanken nicht los werden, sie *seien Gegenstand der Aufmerksamkeit der Leute, der Beachtung*, wobei es sich in der Regel um ein psychisches Moment, um eine Unsicherheit im Verkehr mit der Aussenwelt handelt. Krankhaft-leichtes Erröthen und auch Erblassen deutet in seltenen Fällen darauf hin, dass eine vasomotor. Neurose hierbei im Spiele ist. In anderen Fällen werden Neuropathiker von Zwangsvorstellumgen heimgesucht, die *Selbstmord* oder *criminelle Handlungen* zum Inhalte haben. Die Unterscheidung von wirklicher Melancholie, bei welcher diese Vorstellungen ja häufig sind, lehrt die Entstehungsgeschichte und genaue Analyse des jeweiligen Falles. Nicht selten sind Zwangsvorstellungen *sacrilegischen Inhaltes;* Verf. bereichert die Literatur durch 2 dahin gehörige neue Beobachtungen. In der ersten überfiel eine neurasthenische, etwas hysterische, anämische Frau beim Vaterunserbeten sacrilegische Gedanken („Esel, der du bist", „liebe Sau" statt liebe Frau), bei der zweiten, einem 25 jährigen Mädchen, trat bei der Communion die Zwangsvorstellung auf, sie könne den Leib Christi nicht empfangen, weshalb sie die Hostie ausspuckte, in das Kleid steckte oder dem Priester zurückgab. Eine häufige Erscheinung sind Zwangsvorstellungen *suiciden* Inhalts. Sie treten meistens bei erblich belasteten Neuropathikern entweder mitten im Frohsinn und Heiterkeit wie ein Blitz aus heiterem Himmel auf, oder sie sind ausgelöst durch körperliche Missempfindungen. Solche Vorstellungen werden auch durch äussere überwältigende Eindrücke, wenn die Betreffenden sich auf steiler Höhe befinden, beim Anblik von Waffen etc. geweckt. Die peinlichsten Situationen werden bei Nervenkranken dadurch geschaffen, dass sich Zwangsvorstellungen *homiciden Inhaltes* einstellen, die gar nicht selten die liebsten Angehörigen betreffen. In der Literatur namentlich der französischen, trifft man eine reiche Casuistik. Verf. beobachtete 4 derartige Fälle, von denen er einen ausführlich mittheilt. Bei Durchsicht der Literatur fand indess Verf. keinen Fall, wo die blos im Rahmen einer Neurose vorkommende Zwangsvorstellung zu einer homiciden Handlung geführt hätte; wo letzteres der Fall war, war auch Melancholie vorhanden. Indessen bemerkt Verf., dass er keine Garantie übernehmen möchte, dass nicht einmal auch die blosse Zwangsvorstellung einen Nervenkranken zu einer Unthat führe, ganz abgesehen von der Gefahr eines aus einer Zwangsvorstellung direct oder als Ausweg resultirenden Selbstmordes. Das Schwergewicht in der Würdigung der Widerstandsfähigkeit liegt in dem Moment der psychischen Anästhesie. Der Nervenkranke leidet unendlich mehr als der psychisch anästhetische Melancholiker, aber in der ungeschmälerten Fortdauer seiner gemüthlichen Beziehungen zu Mitmenschen und Angehörigen findet er wirksame Gegenvorstellungen, während der Melancholische, dieser entbehrend, seinen fatalen

Impulsen leichter unterliegt. Indessen: Vorsicht ist geboten, da es mancherlei Uebergänge gibt und die Melancholie complicirend nicht gar selten hinzutritt. Die Therapie ist diejenige der Neurasthenie; von Medicamenten lässt sich Erfolg von Chinin, Ergotin, Zinc, Arsen, Phosphaten, Opium erwarten. Goldstein (Aachen).

IV. Aus den Vereinen.

Pathological Society zu New-York.

Sitzung vom 26. März 1884. (The medic. Record 19. April 1884.)

44) **Ferguson** zeigt ein Gehirn, dessen Pons durch ein, auch in den 4. Ventrikel gesetztes, Extravasat fast völlig zerstört war. Zugleich hatte die Section weit vorgeschrittene chronische diffuse Nephritis gezeigt. Als Symptome waren vorhanden Coma, contrahirte und auf Licht nicht reagirende Pupillen, Temperatursteigerung, langsames und stertoröses Athmen.

In der Discussion sagt Janeway, dass auch dieser Fall wieder die Irrigkeit der Ansicht beweise, dass Eiweis im Urin die differentielle Diagnose zwischen urämischem und hämorrhagischem Coma zu Gunsten des erstern entscheide. Er habe mehrere Fälle gesehen, wo chronische Nephritis mit Hämorrhagie in den pons vergesellschaftet war. von Gieson sagt, dass nach seinen Erfahrungen bei urämischem Coma die präagonistische Temperatur höher zu sein pflege, als bei hämorrhagischem — eine Behauptung, die Janeway nicht für absolut richtig hält. Voigt (Oeynhausen).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 2) Berlin, (psychiatr. Klinik) Assistenzarzt. 3) Langenhagen, (Idiotenanstalt) Director, 1. April. 4500 M. Anfangsgehalt, freie Wohnung etc. Meldung an das Comité zur Errichtung von Idiotenanstalten in Hannover.

Todesfall. Dr. Sehrt, Director des hessischen Landeshospitals (Irrenpflegeanstalt) zu Hofheim.

Berichtigung. Dr. Ganser zum Oberarzt, nicht Director, in Sorau.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Februar 1885. Nro. 3.

INHALT.

I. Originalien. C. Reinhard: Zur Kenntniss von den Balkenfunctionen nebst einem casuistischen Beitrag.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. II. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

III. Referate und Kritiken. Wilder: Ueber die Methoden, das Gehirn zu studiren. Zenner: Gehirnlocalisation — Sehcentrum. Jacobi: Die Collateralinnervation der Haut. Fothergill: Einige Bemerkungen über Herzaffectionen. Mackenzie: Ein Beitrag zum Studium des sogenannten Heufiebers. Peckham: Die anatomisch-physiologische Grundlage der Kinesio-Neurosen des jugendlichen Alters. Walton: Ein Beitrag zum Studium der Hysterie mit Berücksichtigung der Frage von der Castration. Hankel: Ein Fall von einseitiger Gesichtshypertrophie. Oppenheim: Die Beziehungen der Hemicranie zur Tabes dorsalis. Sakaky: Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven. Möbius: Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Binz: Die Wirkung ozonisirter Luft auf das Gehirn. Landsberg: Geheilter Fall von Abducens-Lähmung mit Diabetes melitus. Harris: Veratrum und Gelsemium bei der erfolgreichen Behandlung des Tetanus. Trautwein: Zur Kenntniss der Stromvertheilung im menschlichen Körper bei Anwendung des galvanischen Bades. Anjel: Ueber eigenthümliche Anfälle perverser Sexualerregung. Hitzig: Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. Reinhard: Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen, nebst einigen Bemerkungen über die Wärmeregulirung. Dana: Ein dem Säuferwahnsinn sehr ähnliches Delirum in Folge von Morphium. Burr: Delusionen, Illusionen und Hallucinationen. Lathrop: Beginnende Geisteskrankheiten und ihre Beziehungen zu dem praktischen Arzte v. Krafft-Ebing: Imbecillität. Religiöse Melancholie. Versuchter Giftmord des Kindes und versuchter Selbstmord. v. Krafft-Ebing: Körperverletzung. Zweifelhafte geistige Gesundheit des Thäters. Verfolgungswahnsinn neben wirklichen Kränkungen.

IV. Aus den Vereinen. Pathological Society zu New-York.

V. Tagesgeschichte. Aus Wien. Die Irrenanstalt St. Thomas bei Andernach a. Rhein.

VI. Personalien.

I. Originalien.

Zur Kenntniss von den Balkenfunctionen nebst einem casuistischen Beitrag.

Von Dr. C. REINHARD,

2. Arzt der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

Affectionen des Balkens gehören zu den Seltenheiten, und unsre Kenntniss von den Funktionen dieses Hirntheils lassen schon aus diesem Grunde noch viel zu wünschen übrig. Aber auch das physio-

logische Experiment hat uns in dieselben noch keinen klaren Einblick thun lassen. Die aus den Ergebnissen der anatomischen Untersuchung hervorgegangene Ansicht, dass die Balkenfaserzüge, indem sie zur Verbindung identischer (vielleicht auch nicht identischer) Rindenbezirke beider Grosshirnhälften dienen, gewissermassen ein Associationsorgan für die Hemisphären bilden, scheint bislang in ihren praktischen Consequenzen noch keine positive Bestätigung erfahren zu haben. Vielmehr haben bis dahin sowohl die physiologischen wie die pathologischen Beobachtungen so zu sagen negative Resultate geliefert. Ein kurzer Blick auf die Literatur wird dies beweisen.

Früher glaubte man, dass der Balken das Substrat der höheren seelischen Funktionen sei. Indess, wo z. B. bei angeborenem Balkenmangel mehr- oder mindergradige Geistesschwäche bestanden hatte, ergab eine genauere anatomische Untersuchung neben der Balkenaffection fast immer noch anderweitige Veränderungen an den Grosshirnhemisphären, welche für sich allein den psychischen Defekt genügend zu erklären im Stande waren. Umgekehrt existiren 3 oder 4 Beobachtungen, in welchen trotz bedeutender Verkümmerung des Balkens bei im Uebrigen intakter Beschaffenheit des Grosshirns keine Spur einer psychischen Funktionsstörung vorhanden gewesen war. J. Sander[1]) vermisst auch Störung der Coordination, welche man nach theoretischen Voraussetzungen vielleicht erwarten könnte. Er kommt demnach zu dem Schluss, „dass der Balken nur zur Verbin-„dung beider Hemisphären diene, die sonst vielleicht auch gesondert und jede für sich arbeiten könnten.“ Er fügt hinzu (p. 139): „es liegt auf der Hand, dass die Aufgabe des Balkens dann wichtig genug wäre, indem er das geordnete Denken vermitteln würde und verhindern, dass auf jeder einzelnen Seite entstandene Vorstellungen und Gedanken sich in confuser Weise durch einander mischen. Er würde demnach die beiden symmetrisch und gleichwerthig angelegten Hemisphären für die höheren Seelenthätigkeiten zu einem gemeinschaftlich agirenden Ganzen verbinden.“ In Nothnagel's „topischer Diagnostik der Hirnkrankheiten“ (Berlin 1875) habe ich Nichts über Balkenaffectionen und die muthmasslichen Funktionen des Balkens finden können. Hitzig sagt in seinem Aufsatz über Atrophie des Balkens“[2]), dass „gröbere motorische oder sensible Defekte in keinem Fall die Atrophie des Balkens zu begleiten brauchen, und dass etwa vorhandene psychische Defekte nichts Charakteristisches haben.“

Bessere Aufklärung hätte man von der Beobachtung der im späteren Leben entstandenen Balkenaffectionen, wie Tumoren etc., erwarten sollen. Indess auch hier lassen die Ergebnisse im Stiche. Bernhardt[3]) erwähnt überhaupt Nichts von lokalen Symptomen

---

[1]) „Balkenmangel im menschlichen Gehirn“. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Band I. p. 128.

[2]) v. Ziemssen's Sammelwerk, Band XI. 2.

[3]) „Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste“. Berlin 1881.

bei Tumoren des corpus callosum, und Wernicke[1]) sagt bei Gelegenheit der Besprechung der durch Tumoren bedingten Herderscheinungen nur, dass solche beim Sitze der Neubildung im Balken gemeiniglich vermisst würden (p. 371).

Anderweitige Affectionen des Balkens, wie Blutungen oder Erweichungen, die am ersten in lokaldiagnostischer Hinsicht zu verwerthen sein würden, scheinen aber ungemein selten vor zu kommen. Wenigstens habe ich weder in den bekannteren Lehr- und Handbüchern der Nervenkrankheiten (aus den letzten 20 Jahren), noch in den Fachzeitschriften, oder in den Jahrbüchern von Virchow-Hirsch einen dahingehörigen Fall entdecken können. Zum Schlusse sei auch noch die Bemerkung Strümpell's[2]) erwähnt, „dass über pathologische Folgeerscheinungen, welche durch die Zerstörung von Commissurenfasern des Grosshirns bewirkt werden, bis jetzt fast Nichts bekannt ist."

Um so willkommener musste daher eine kürzlich in Virchow's Archiv (Band 97, p. 329) erschienene Publication Erb's sein „über einen Fall von Hirnhämorrhagie in das Corpus callosum", auf die ich etwas näher eingehen möchte. Trotz eifriger und ausgedehnter Durchforschung der Literatur (z. B. auch der stattlichen Reihe der Schmidt'schen Jahrbücher) fand Erb doch nur eine einzige einschlägige Notiz, und zwar bei Hammond. Danach hat Gintrac[3]) in einer Zusammenstellung von 560 Fällen von Hirnhämorrhagie nur 1 im Balken erwähnt. Ueber Symptome derselben ist Nichts gesagt.

Im Erb'schen Falle selbst handelte es sich um einen bis dahin angeblich gesund gewesenen 61 jährigen Mann, der 6 Tage vor der Aufnahme erkrankt war unter Reizerscheinungen seitens des Gehirns und Rückenmarks. In der Klinik zeigte er leichte Somnolenz, mässige Schwerbesinnlichkeit, zögernde Sprache, langsame matte Bewegungen, keine Spur von Parese, keinen Tremor, keine Coordinationsstörung (ob Patient beim Stehen und Gehen nicht schwankte, ist nicht ausdrücklich angegeben), keine Sensibilitätsstörung, aber sehr herabgesetzten Patellarreflex und Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarms, keine sensorischen Funktionsstörungen, dagegen Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Schmerzen im Verlauf der Wirbelsäule und Steifigkeit der Nacken- und Rückenmuskeln, abwechselnd gedrücktes und euphorisches Verhalten. Im weiteren Verlauf zeigte sich zuweilen das Cheyne-Stoke'sche Phänomen, ferner Myosis, schnarchende Respiration, triebartige nächtliche Unruhe, Erbrechen, gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit, und in den letzten Tagen traten mehrmals epileptiforme Anfälle auf. Der Tod erfolgte am 12. Tage nach der Aufnahme.

Die Section ergab: Cystitis, Pyelitis Nephritis, Blutung in's Mesocolon transversum, lobuläre Lungenherde, Leptomeningits cerebralis

---

[1]) „Lehrbuch der Gehirnkrankheiten". Berlin 1883.

[2]) „Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems". Leipzig 1884. p. 310.

[3]) „Traité théoretique et practique des maladies de l'appareil nerveux. T. II. Paris 1869.

et spinalis chr. (Verdickung und weissliche Trübung der Pia, z. Th. mit Hämorrhagien in die verdickte Membran), Hyperämie der Grosshirnrinde und *Hämorrhagie des Balkens*. Letzterer ist mit Ausnahme des Knie's und der nach der vorderen Comissur zu sich erstreckenden Partie überall fast in ganzer Dicke zertrümmert. Die hämorrhagische Zerstörung erstreckt sich mehrere Millimeter in die Marksubstanz der Gyri fornicati hinein und hat rechts auch einen kleinen Theil der Rinde dieser Windung ergriffen. Die Blutung zeigt, nach der Beschreibung zu urtheilen, überall noch frische rothe Farbe. Die Ventrikel enthalten viel blutige Flüssigkeit. Der Fornix ist verschwunden. Ob das Septum pellucidum erhalten war, ist nicht gesagt, ebenso wenig, ob diffuse oder circumscripte Hirnatrophie vorhanden war. — Das Rückenmark war etwas weich und blutreich, aber sonst nicht verändert.

In der Epikrise spricht sich Erb dahin aus, dass die Hämorrhagie des Balkens nicht die alleinige Todesursache sei, sondern nur das lethale Ende beschleunigt habe. Der Kopf- und Nackenschmerz, der Schwindel und das Erbrechen waren seines Erachtens durch Hirninsult veranlasst; die Steifigkeit der Nacken- und Rückenmuskeln, die Myosis, das Cheyne-Stoke'sche Phänomen und die Deliren wurden durch den gesteigerten Hirndruck veranlasst; die erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit, die triebartige Unruhe und die Convulsionen sind nach ihm als Symptome der Meningitis aufzufassen. Erb scheint demnach in seinem Falle die Hämorrhagie in den Balken und in die Meningen als die erste intracranielle pathologische Veränderung anzusehen, während die Meningitis erst durch den gesteigerten Hirndruck und die von der Blutung gesetzte Reizung der Meningen hervorgerufen wären. Keins der beobachteten Symptome stehe ferner in directem Zusammenhang mit der Hämorrhagie in den Balken, insbesondere hätten die mit dem Insult zusammenhängenden Erscheinungen auch bei Blutungen in jedem andern Hirntheil vorkommen können. Er gelangt daher zu dem Schluss, dass fast das ganze Corpus callosum vernichtet werden könne, ohne dass irgend eine Störung der Motilität, der Coordination, der Sensibilität, der Reflexthätigkeit, der Sinnesfunktionen und der Sprache und ohne dass eine erhebliche Störung der Intelligenz einzutreten braucht. Höchstens könnten seiner Ansicht nach die Benommenheit und der leichte Eintritt intellektueller Ermüdung vielleicht als direkte Zeichen, resp. als Ausfallssymptome der Hämorrhagie in den Balken gedeutet werden.

Bei dem grossen Interesse, welches der eben skizzirte Fall Erb's erregen muss, und bei der Bedeutung, welche er zu besitzen scheint, muss man sich doch die Frage vorlegen, ob derselbe wirklich vollständig geeignet ist, um in lokaldiagnostischer Beziehung verwerthet werden zu können und über die Funktionen des Balkens — wenn auch nur in negativer Weise — Aufschluss zu geben. Dies muss meiner Meinung nach verneint werden, da die nöthigen Vorbedingungen nicht genügend erfüllt sind. Denn abgesehen von dem wichtigen Umstand, dass in der Erb'schen Beobachtung nirgends ausdrüc-

liche Angaben über Haltung und Bewegungen des Kranken beim Stehen und Gehen und über die Zeit, in welcher er überhaupt noch stehen und gehen konnte, gemacht sind, lassen sich auch noch mehrere andere Ausstellungen an diesem Falle machen. Zunächst könnte in dem Erb'schen Falle von Ausfallserscheinungen im Sinne von Goltz, Nothnagel und Wernicke keine Rede sein, da vom Beginn der Hämorrhagie bis zum Tode nach Erb's eigener Meinung im höchten Falle 17 Tage verflossen, während bei Hirnblutungen den erstgenannten Autoren zu Folge erst nach Monaten alle Reizerscheinungen und Fernwirkungen verschwunden sind, und man nach Wernicke frühstens 4—5 Wochen nach Eintritt einer Hirnhämorrhagie von Ausfallssymptomen sprechen darf. Sodann fragt es sich, ist die Blutung in den Balken nicht villeicht erst in einer Zeit erfolgt, wo die psychische und somatische Hinfälligkeit des Kranken bereits so hochgradig war, dass es erklärlich sein würde, wenn gewisse Symptome sich nicht mehr constatiren liessen, zumal da der Kranke dieser Hinfälligkeit wegen beständig zu Bett liegen musste. In der That erweckt die Beschreibung des Sectionsbefundes den Verdacht, dass die Hämorrhagie in den Balken möglicher Weise erst wenige Tage vor dem Tode entstanden sein könnte. Dies gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn man bedenkt, dass erst 4 oder 5 Tage vor dem Tode Unruhe, Erbrechen, epileptiforme Anfälle und Lethargie auftraten. Aber selbst für den Fall, dass nur die von Erb geschilderten Symptome vorlagen, so sind dieselben doch so zahlreich und mannichfaltig, und der Sectionsbefund so complicirt, dass es sehr misslich sein dürfte, sie nur auf einen Theil der Veränderungen (Meningitis, Hirndruck) zurück zu führen, den anderen Theil (Balkenblutung) aber ausser Betracht zu lassen, steht es doch fest, dass eine ganze Reihe von Erscheinungen bei beliebigen intracraniellen Affectionen vorkommen können. Weshalb Erb übrigens gerade für die Benommenheit und den Eintritt intellektueller Ermüdung die Möglichkeit einer Deutung als Ausfallssymptome der Balkenaffection offen lässt, ist bei dem gleichzeitigen Vorhandensein einer diffusen chronischen, cerebralen Meningitis nicht recht verständlich. Meiner Ansicht nach liesen sich diese Symptome, wie die Dinge nun einmal liegen, viel ungezwungener auf letztere Affection zurückführen. Uebrigens sei auch bemerkt, dass die Meningitis der Beschreibung nach schon geraume Zeit bestanden habe und das betreffende Individuum daher schon länger krank gewesen sein muss, als aus seinen Angaben zu schliessen war.

Werden meine Einwände gegen die Beweiskraft des Erb'schen Falles acceptirt, so müssen wir demnach sagen, dass bislang noch kein reiner, verwerthbarer Fall von akuter Balkenaffection publicirt ist. Wir müssen uns daher bis auf Weiteres damit begnügen, jeden gut beobachteten Fall von Balkenaffection zu analysiren, ohne Rücksicht auf den speziellen pathologischen Process, welcher demselben zu Grunde liegt. Von diesem Gesichtspunkt aus wird man es begreiflich finden, wenn ich einen kürzlich von mir beobachteten Fall von Balkentumor publicire, der gewisse Symptome gezeigt hat, die mir einer Mittheilung werth erscheinen.

Derselbe betrifft einen 65 jährigen Arbeiter H., der am 21. Sept. 1884 in die hiesige Anstalt aufgenommen wurde. Patient ist bis vor etwa Jahresfrist stets gesund gewesen. Seit dieser Zeit litt er oft an Kopfschmerzen und Mattigkeit und bekam häufig reissende Schmerzen in den Beinen, was ihn jedoch bis in den Sommer hinein nicht gänzlich am Arbeiten hinderte. Anfangs September wurde er wegen „Rheumatismus“ in's Allgemeine Krankenhaus geschickt und dann wegen Zeichen von Geistesstörung nach Friedrichsberg transferirt.

Status praesens: Mittelgrosser Mann, Fettpolster mässig, Muskulatur noch ziemlich derb, nirgends atroph. Der rechte Unterschenkel ist in Folge einer mangelhaft geheilten Fraktur etwas krumm mit convexer Biegung nach aussen.

Von Seiten der Brust- und Bauchorgane keine krankhaften Erscheinungen nachweisbar. Pupillen von gleichem Durchmesser, ziemlich eng, auf Lichtwechsel und beim Accomodiren prompt reagirend. Keine Spur einer Sehstörung. Augenhintergrund normal. Gehör beiderseits etwas herabgesetzt, ohne dass äusserlich eine Ursache dafür zu entdecken ist. Eine genauere Untersuchung des Gehörleidens ist wegen des psychischen Zustandes des Kranken unmöglich. Linke Nasolabialfalte nur schwach ausgeprägt, linke Wange etwas atroph. und in Ausdehnung eines 50 Pfennigstückes bräunlich-grau pigmentirt. Die Zunge kommt grade heraus und zittert nicht. Keine Aphasie und Anarthrie. Keine Parese des Gaumensegels. Mässiger Tremor der Hände bei intendirten Bewegungen. Händedruck beiderseits gleich, nicht herabgesetzt. Grobe Kraft der Beine normal. Keine Parese, keine Rigidität und Contraktur und keine Ataxie der Extremitäten. Patient kann sich an- und ausziehen, allein essen, aufstehen, nach dem Closet gehen, u. s. w., doch sind alle Bewegungen langsam und matt und der *Gang sehr schwankend und unsicher.* Auch *beim Stehen schwankt Patient ziemlich bedeutend.* Bei geschlossenen Augen kann er kaum einen Schritt gehen, doch ist er dabei noch ebenso im Stande sich aufrecht zu halten wie bei offnen Augen, und die Schwankungen werden nur unbedeutend gesteigert. Uebrigens erfolgen dieselben vorzugsweise in seitlicher Richtung. Bei Annäherung der Füsse an einander nehmen sie an Intensität zu. Nadelstiche, Kneifen und Drücken werden überall richtig erkannt, doch ist die *Lokalisation ungenau.* An vorgehaltenen Objecten greift Patient nicht selten zu Anfang etwas vorbei. Haut- und Sehnenreflexe normal. Blase und Mastdarm funktioniren normal. Appetit, Verdauung und Schlaf gut. Auf Befragen klagt Patient über Druck und Schmerz im Kopf und über Reissen in den Beinen. Schwindelgefühl ist nicht vorhanden. — Ueber Zeit und Ort ist er nicht orientirt, Sein Urtheil über die Umgebung, über seinen Zustand etc. ist nicht richtig. Dabei ist er vergesslich, kann kaum noch die einfachsten Rechenexempel lösen, *percipirt langsam, antwortet etwas ungeordnet und gedankenlos,* ist *ziemlich apathisch* und *etwas somnolent.* Stimmung indifferent. Haltung ruhig, ordentlich, reinlich.

Sein geistiges und körperliches Siechthum nahm rasch zu. Patient wurde immer apathischer, somnolenter, urtheilsloser und vergess-

licher; so glaubte er z. B. nach einigen Tagen, er sei schon Wochen lang hier, konnte nicht mehr allein das Closet und sein Bett finden verstand immer schlechter Fragen und Aufforderungen, obschon sich sein Gehör keineswegs mehr verschlechterte, wurde *schwerfälliger in seinem Gedankengang, gab oft ganz confuse Antworten,* fing an, beim Sprechen etwas zu hesitiren, konnte sich nicht mehr allein an- und ausziehen, wurde *beim Gehen so unsicher, dass er nicht selten hinfiel* und sich verletzte, und musste bald ganz im Bett liegen bleiben, da er kaum noch allein stehen konnte. Zur Illustrirung des weiteren Verlaufs lasse ich die Notizen der Krankengeschichte wörtlich folgen:

6. October. Patient weis nicht mehr, dass er am Tage vorher Besuch hatte. Er ist jetzt ganz interesselos, schlummert viel.

8. October. Urinirte in den letzten beiden Nächten in's Bett, ohne dass er es merkte.

10. October. Stand in der Nacht auf und fiel hin. *Er kann nicht mehr allein gehen, schwankt beim Stehen bedeutend. Wenn er die Füsse einander nähert, stürzt er sofort um selbst bei offnen Augen.* Kein Plantarreflex, sehr schwacher Bauchreflex, normaler Patellar- und Hypochondrienreflex. Patient macht sich jetzt auch zuweilen bei Tage nass.

11. October. Geringe Abwehrbewegung und Schmerzäusserung auf Nadelstiche von mittlerer Intensität. Patient kann alle Bewegungen ausführen, aber matt und kraftlos. Keine Sprachstörung. Mässiger Tremor der Hände bei intendirten Bewegungen. Patient kann noch allein den Becher oder den Löffel zum Munde führen, ohne zu verschütten. Auf Befragen nach seinem Befinden etwas wehleidig, ohne klare Angaben zu machen; sonst apathisch und somnolent.

12. October. Klagt auf Befragen über Kopfschmerz, ist unruhig.

13. October. Seit 4 Uhr Morgens klonische Krämpfe in der rechten Gesichtshälfte und in den rechtsseitigen Extremitäten mit Bewusstseinsverlust, Aufhebung des Gemeingefühls, beschleunigter, röchelnder Athmung, frequentem kleinem Puls, und Fieber. Temperatur des Morgens rechts: 38,5; links 38,8. Am Abend rechts 40,2; links 39,7. Rechts fehlt der Cornea- und Bauchreflex.

14. October. Die Krämpfe hielten mit geringen Unterbrechungen den ganzen gestrigen Tag und die verflossene Nacht an und erstreckten sich auch über einen Theil der linken Körperhälfte. Das Bewusstsein kehrte nicht wieder. Um 3 Uhr früh trat der Tod ein.

Die 12 h. p. m. ausgeführte Section ergab geringe sclerotische Verdickungen in der Intima aortae, starke Blutanhäufung in den Herzhöhlen, vorgeschrittene hypostatische Pneumonie des rechten und beginnende des linken Unterlappens, Lungenödem, geringe Gastritis catarrhalis, Gallensteine und folgenden Befund in den Centralorganen: Schädeldach ziemlich lang, von normaler Schwere und Dicke, seine Innenfläche glatt, Nähte erhalten. Sack der Dura nicht abnorm gespannt. In den Sinus viel Blut. Venen der Hirnhäute ziemlich stark gefüllt. Pia cerebralis nicht getrübt, kaum verdickt, glatt abziehbar. Die Sulci klaffen nicht. Die Hirnarterien zeigen nur geringe sclero-

tische Veränderungen. Die Hirnnerven sind von normaler Beschaffenheit. Hirngewicht 1350 Grm. Auf Durchschnitten durch die Hemisphären zeigen sich viele Blutpunkte und feuchter Glanz. *Der grösste Theil des Balkens erscheint in eine weiche graurothe Masse verwandelt*, die nur an einigen Stellen das Nieveau desselben überragt, nirgends aber von der Rinde der Gyri fornicati Besitz ergriffen hat. Der Längenausdehnung nach umfasst die Veränderung ungefähr die hinteren drei Viertel des Balkens, doch erscheint die tiefst gelegene Partie des Splenium nicht ganz in die Affection hineingezogen. Das Knie sowie der sich zur vorderen Commissur erstreckende Theil des Balkens zeigen normales Aussehen, sodass die Veränderung ungefähr mit einer senkrecht durch die vordere Commissur gehenden frontal gedachten Ebene abschliesst. Hinter dieser Ebene ist der Balken fast überall in ganzer Dicke von dem geschilderten Aussehen und von sehr weicher, stellenweise fast zerfliessender Consistenz. Die vor der gedachten Schnittfläche gelegenen Theile des Balkens sowie der anscheinend unveränderte Theil des Splenium haben eine etwas weichere Consistenz als in der Norm und sind nicht scharf von den total veränderten Partieen abgegrenzt. Die Veränderung erstrekt sich an manchen Stellen einige Millimeter weit über die seitlichen Grenzen des Balkens hinaus in die Ausstrahlung desselben in das Hemisphärenmark, doch ist sie hier überall ziemlich scharf gegen das Gesunde abgegrenzt. In dem Mark der Gyri fornicati lässt sich keine Veränderung nachweisen. Die Laminae septi lucidi sind in ihrer hinteren Hälfte ein wenig erweicht, jedoch nicht verfärbt. Das Gleiche gilt von dem Fornix in seinem hinteren Verlauf. Seh- und Streifenhügel, Commissuren, Vierhügel, Ammonshörner, Hirnschenkel, Pons und Oblongata intakt. Am Hirnmantel nichts Auffälliges. Kleinhirn ohne Veränderung. Die Ventrikel sind ein klein wenig erweitert und enthalten eine unbedeutende Quantität klarer wässriger Flüssigkeit. Die mikroscopische Untersuchung des Balkens ergab in den total veränderten grau-rothen Partieen massenhafte, dicht aneinander gedrängte, runde oder ovoide Zellen, meistens von der Grösse weisser Blutkörperchen oder ein wenig kleiner, theils mehr theils weniger stark granulirt, mit einem oder mehreren ziemlich grossen ovalen Kernen (nach Zusatz von verdünnter Essigsäure besonders deutlich zu sehen); daneben viele freie Kerne, Fettkörnchenkugeln, ein ungemein dichtes Gefässnetz, die Gefässwände hier und da anscheinend nur von den oben beschriebenen Zellen gebildet, das Lumen strotzend gefüllt; an vielen Stellen frische Hämorrhagien in der Umgebung der Gefässchen, hier und da auch solche älteren Datums in Form von Häufchen unregelmässig gezackter und geschrumpfter rother Blutkörperchen und braunrothen oder rostfarbenen Pigmentkörnern und -schollen. Nur an einigen Stellen liess sich eine Art feinkörniger resp. homogener Grundsubstanz wahrnehmen. Nirgends liessen sich noch Axencylinder und Nervenmark nachweisen. In den bloss etwas erweichten, dem Aussehen nach aber unveränderten Partieen des Balkens fanden sich nur vereinzelte granulirte Zellen und Kerne, keine

freien Blutzellen, kein Pigment, dagegen Fettkörnchenkugeln und etwas feinkörniger Detritus. Hier waren noch zahlreiche wohlerhaltene Nervenfasern, andere dagegen etwas aufgequollen. In der eigentlichen Markstrahlung der Hemisphären, im Mark und in der Rinde der Gyri fornicati fanden sich keine Veränderungen.

Was das Rückenmark und seine Hüllen anlangt, so waren letztere zart und nicht mit einander verwachsen, nur sassen im hinteren Umfang der Arachnoidea 3 oder 4 kleine Knorpelplättchen; das Rückenmark selbst war nicht atroph, von guter Consistenz und zeigte auf keinem der zahlreichen Querschnitte anormale Färbung oder sonstige makroscopisch wahrnehmbare Veränderungen. Mikroscopisch wurde es bislang nur im frischen Zustand untersucht. Es fanden sich aber ausser mässiger Fettkörnchenkugeln-Anhäufung (in den Hinterseitensträngen) keine pathologischen Processe in demselben.[1]) Insbesondere war die Adventitia der Gefässwände nicht verdickt, nirgends fanden sich corpora amylacea, oder Veränderungen der Ganglienzellen und Nervenfasern. Die Nervenwurzeln erwiesen sich intakt.

Die anatomische Diagnose lautete daher in Bezug auf den Befund im Centralorgan: Atrophia (geringen Grades) et hyperaemia cerebri. *Gliosarcoma* (Granulatitionssarcom Virchow) *corporis callosi mit zahlreichen capillären Hämorrhagien in demselben*".

(Schluss folgt.)

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. Januar 1885.

45) **v. Monakow** (als Gast): *Zur Anatomie der Pyramide und Schleife mit Demonstration.*

Vortr. erwähnt zunächst die verschiedenen Anschauungen über die Fortsetzung der *Pyramiden* nach abwärts (Deiters, Flechsig). Er selbst untersuchte den Verlauf derselben an neugeborenen Thieren nach Gudden's Vorgehen. Letzterer sah nach Exstirpation des Gyr. sigmoideus beim Hunde die betreffende Pyramide schwinden. v. M. exstirpirte bei der Katze die Gegend hinter dem genannten Gyrus und drang von da nach vorn in die Tiefe. Der Effect war ganz derselbe, als die Katze nach 6 Monaten getödtet wurde. Es fehlte die betreffende Pyramide fast vollständig, an der Kreuzungsstelle zeigten sich dementsprechend nur die Fasern der einen Seite erhalten; die Kreuzung der Vorderstrangreste war vorhanden. Unter der Kreuzungsstelle waren die zwischen Vorder- und Hinterhörnern liegenden Ganglienzellen (12—15 bei der Katze), in deren Umgebung viele feine Axencylinder verlaufen, auf der der Hirnverletzung gegenüber-

[1]) Auch auf Durchschnitten durch das in Müller'scher Flüssigkeit bereits ziemlich gehärtete Rückenmark vermisst man irgendwelche characteristische Veränderungen, welche auf einen pathologischen Prozess schliessen liessen.

liegenden Seite geschwunden, auf der anderen Seite waren sie normal. Die entsprechende Rückenmarkshälfte war kleiner und es bestand Atrophie der Proc. reticul. Die Vorderhörner waren im Halsmark beiderseits normal und gleich.

Nach Ansicht des Vortr. stehen die Pyramidenbahnen mit den Ganglienzellen der Proc. reticul in Verbindung und beeinflussen ihre Vitalität, dagegen bestehen keine Beziehungen zu den Vorderhörnern. Die Pyramidenbahn giebt, successive nach abwärts sich erschöpfend, Fasern an die Proc. reticul. ab.

Den Ursprung und Verlauf der *Schleife* betreffend bemerkt v. M., dass jedenfalls viele Fasern derselben aus dem Grosshirn stammen. Nach Entfernung des Parietalhirnes der Katze erhält man Atrophie der Schleife. von Gudden verfolgte bei seinen Thieren dieselbe bis zum corpus trapez. v. M. fand ihre Fortsetzung in den circulären Fasern der Medulla, die sich auf der der Hirnverletzung gegenüberliegenden Seite weniger entwickelt zeigten, während gleichzeitig der Kern des zarten Stranges verkleinert war.

Vom Parietalhirne der Katze aus verläuft also eine Bahn, parallel der Pyramidenbahn, in der Gegend der Olivenzwischenschicht, kreuzt sich mit der der anderen Seite, geht in die circulären Fasern über und endet in dem Kern des zarten Stranges.

Spitzka habe neuerdings eine einschlägige Beobachtung gemacht: Blutung in die Schleife im Gebiete der Brücke, dabei ab- und aufsteigende Atrophie der Schleife, identisch mit dem Befunde des Vortragenden.

46) **Remak:** *Ueber das Verhältniss der Sehnenphänomene zur Entartungsreaktion.*

Die Sehnenphänomene fehlen bei leichten, peripherischen Paralysen ohne Ea. R., bei Neuritis mit konsekutiver Ea. R., bei allen schweren neuritschen und poliomyelitischen Processen. Es kehren die Sehnenphänomene erst später wieder zurück als die elektrische Erregbarkeit.

Die Sehnenphänomene fehlen indess nicht immer bei Ea. R., selbst eine Steigerung derselben kann bei Ea. R. vorkommen, aber letzteres nur bei spinalen Processen. Bei gemischten Nerven und Ea. R. fehlen die Sehnenphänomene, bei Mittelformen können sie erhalten bleiben.

Eine Steigerung der Sehnenphänomene bei Ea. R. tritt also nur bei spinalen Prozessen auf, Erhaltenbleiben der Sehnenphänomene mit Ea. R. kommt bei spinalen Processen vor, bei schweren neuritischen und spinalen Processen mit Ea. R. fehlen die Sehnenphänomene, bei leichteren neuritischen Processen mit Ea. R. oder bei solchen ohne Ea. R. fehlen die Sehnenphänomene auch meist.

Bei amyotrophischer Lateralsklerose ist das Verhältniss noch nicht sicher bekannt. R. beobachtete dabei einmal Ea. R. im Gebiet des N. peron., Steigerung des Knie- und Fussphänomens. Die Pyramiden waren degenerirt, desgl. die Ganglienzellen der Vorderhörner.

Otto (Dalldorf).

II. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 9. Januar 1885.

47) Prof. **Benedikt** stellt eine Frau vor, die seit zwei Jahren an beiderseitigem Blepharospasmus mit Tic convulsiv leidet. Seit September vorigen Jahres ist zu diesem Leiden ein heftiger klonisch-tonischer Kaukrampf getreten, welcher die Zähne bedroht und die Kranke enorm quält. Die Zähne mussten durch zwischen geschobene Gummistücke geschützt werden. Alles was bisher therapeutisch versucht worden, die galvanische und faradische Electricität einbegriffen, war erfolglos. Sobald aber die Kranke der Influenz der statischen Electricität ausgesetzt wurde, hörte der Krampf nicht nur momentan auf, sondern kehrte schon nach der ersten Sitzung in den nächsten 48 Stunden nur vorübergehend wieder. Die Kranke befand sich bei der Vorstellung einige Stunden nach der dritten Sitzung und liess von den Krämpfen keine Spur erkennen.

Vortr. betont diese Leistung der statischen Electricität nicht nur als eine eminent therapeutische, sondern als eine bisher einzige.

Adamkiewicz hielt sodann einen Vortrag „über die anatomischen Veränderungen des R. M. bei Tabes nach neuen Untersuchungen", der genau übereinstimmt mit dem von ihm bereits in Kopenhagen gehaltenen, der im Jahrg. 1884 d. C.-Bl. pag. 390 referirt ist. —r.

III. Referate und Kritiken.

48) **Burt G. Wilder** (New-York): *On the methods of studying the brain.* (Ueber die Methoden, das Gehirn zu studiren). (The medic. Record. 1884. Febr. 9. u. ff.)

Der Inhalt dieses ausgezeichneten Vortrages lässt sich mit Verfassers Worten in folgendem Titel kurz angeben: Umrisse und Erläuterungen einiger Methoden die Gehirne gewisser Amphibien und Säugethiere zu betrachten, herauszunehmen, zu conserviren, zu untersuchen, abzubilden und zu beschreiben, um den mit jenen Verhältnissen unbekannten Aerzten eine klare und genaue Kenntniss der macroscopischen Structur des menschlichen Hirns zu verschaffen. W. wird seiner Aufgabe in so hohem Maasse gerecht, dass ein genaues Studium jener Vorträge, deren Inhalt sich aus leicht begreiflichen Gründen zu einem kurzen Referate nicht eignet, jedem, auch dem mit der Hirnanatomie genau vertrauten Arzte dringend anzurathen ist.

Voigt (Oeynhausen).

49) **Philipp Zenner** (Cincinnati, O.): Cerebral Localization — the centres for vision. (Gehirnlocalisation — Sehcentren.) (The medic. Record. 9. August 1884.)

Z. fasst das Wesentliche seiner Abhandlung in folgende Sätze zusammen:

1. Die Anatomie lehrt uns, dass die nn. optici in die primären Gesichtscentren (Basalganglien) eintreten und von hier Fasern zu den Hinterhauptslappen schicken (wegen der Schwierigkeit der Untersuchung noch nicht über alle Zweifel erhaben!).

2. Experimente haben bewiesen, dass bei höheren Thieren die nn. optici sich nicht gänzlich im chiasma kreuzen (beim Menschen ist's ebenso).

3. Bei Kaninchen hat man durch physiologische Versuche (v. Monakow) einen Zusammenhang zwischen den Netzhäuten und einer begrenzten Zone in den Hinterhauptslappen (Munk's Gesichtszone) gefunden.

4. Bei höhern Thieren (Hunden und Katzen) haben ähnliche Versuche einen Zusammenhang zwischen Netzhaut und hinteren Theilen der Hemisphäre ergeben (noch nicht genau localisirt)!

5. Untersuchungen eines menschlichen Fötus und gefundene pathologische Veränderungen in dem Hirn eines Erwachsenen (v. Monakow) machen es höchst wahrscheinlich, dass auch beim Menschen dieselben Verhältnisse stattfinden.

6. Dafür scheinen auch 2 Fälle (Huguenin) von Atrophie der Hinterhauptslappen nach Atrophie der nn. optici zu sprechen (ist von zweifelhaftem Werthe!).

Verf. setzt des Nähern die bekannten physiolog. Experimente von Fritsch und Hitzig, Munk, Goltz auseinander, hinzufügend, dass den Ansichten des letzteren über die in Frage stehenden Punkte theils auf Grund der von den andern Beobachtern gefundenen Resultate theils auf Grund der Goltz'schen selbst nicht beigetreten werden könne. Nachdem er sodann eine kurze Topographie der Hirnwindungen gegeben, beweist er aus pathologischen und klinischen Gründen, dass die corticale Sehzone beim Menschen hauptsächlich in den Hinterhauptslappen liege und zwar an der Stelle, die von Munk am Hunde, von Monakow am Kaninchen (wahrscheinlich!) als solche angegeben sei. Voigt (Oeynhausen).

---

50) **Rudolph Jacobi** (Bockenheim): Die Collateralinnervation der Haut. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. p. 151 u. 506.)

Verf. bespricht in sehr ausführlicher Weise die vielfach discutirte Thatsache, dass bei Durchschneidung peripherischer sensibler Nervenstämme die Nerventhätigkeit oft gar nicht gestört erscheint, oder schon nach wenig Stunden oder Tagen zurückkehrt, trotzdem klinisch und pathologisch-anatomisch nachzuweisen ist, dass eine Heilung (prima intentione) in solch' kurzer Zeit nicht eintritt. Nach Erörterung der verschiedenen dahin gehenden Untersuchungen und Experimente (besonders die Thierversuche der Franzosen Arloing und Tripier) und daran sich knüpfenden Hypothesen theilt J. seine eigene Casuistik klinischer Beobachtungen mit und kommt zu dem Schlusse der *Nichtexistenz* einer peripherischen factischen Anastomosirung der *verschiedenen* Nervenstämme *untereinander;* dagegen sollen sich die sich anfänglich trennenden Fasern *eines* Stammes später wieder vereinigen. Das Schema des Verfassers über diesen Verlauf gestaltet sich folgendermassen: „Die als hintere Wurzeln aus dem Rückenmark austretenden sensiblen Fasern vermehren sich innerhalb der

Intervertebralganglien mit Hülfe multipolarer Zellen; die so entstehenden „*Collateralfasern*“ schlagen innerhalb der grossen Nervengeflechte nicht nur, sondern auch innerhalb der als langhingestreckte Plexus zu betrachtenden, anatomisch einzeln beschriebenen und benannten Nervenstämme verschiedene anfänglich stark divergirende Wege ein, um in der Nähe der Peripherie wieder convergent zu werden und unter mehrfacher Theilung der letzten Endigungen sich in ein und dieselben oder doch wenigstens direct einander benachbarten sensiblen Nervenenapparate einzusenken.“

Es giebt also keine vikariirende Function der peripherischen Nerven, sondern die „Collateral-Innervation der Haut“ bewirkt das Leitungsfortbestehen bei Nervendurchschneidungen.

Langreuter (Eichberg).

---

51) **J. Millner Fothergill:** Some remarks on affections of the heart. (Einige Bemerkungen über Herzaffectionen.) (The med. Rec. 26. Juli u. ff.)

Verf. giebt im 4. Abschnitte seiner Abhandlung eine kurze Auseinandersetzung der Herzneurosen und betont dabei, dass über dieselben im Gegensatz zu den organischen Herzerkrankungen noch grosse Unklarheit herrsche. Unter den Ursachen der Palpitationen auf nervöser Basis, als deren wichtiges Characteristicum er ihr Auftreten ohne vorhergegangene Anstrengungen bezeichnet, hebt er als besonders häufig das reizbare Ovarium hervor. Das zuerst von Da Costa beschriebene „reizbare Herz“ (eine Mischung von Neurose und Muskelatonie) nennt er sehr häufig bei Aerzten mit sympathischem Temperamente vorkommend. — Bei der Besprechung der Störungen des Herzrythmus sagt er von der Intermittens der Schläge, dass dieselben zuweilen mit senilen Veränderungen Hand in Hand gehe, sehr häufig bei jungen gesunden Leuten vorkomme, jedoch auch zuweilen plötzlich nach irgend einer Erregung, oft nach schwerverdaulichen Mahlzeiten entstehe. Abnorme Langsamkeit der Herzaction sei gewöhnlich angeboren; bei andern entstehe sie zuweilen vor Ausbruch einer Erkrankung (Gicht etc.). Plötzlich entstehende Herzschwäche komme heutzutage häufig vor und beruhe theils auf Neurasthenie theils auf Reizung der Hemmungsfasern des Vagus (durch organische Erkrankungen des Nervensystems).

Voigt (Oeynhausen).

---

52) **John N. Mackenzie** (Baltimore): A contribution to the study of coryza vasomotoria periodica or so-called „hay-fever.“ (Ein Beitrag zum Studium des sogenannten Heufiebers.)

(The medic. Record. 19 Juli 1884.)

Nachdem Beard und A. das Heufieber als eine Neurose hingestellt, die mit Nasencatarrhen Nichts zu thun habe, zeigte Daley, dass dieselbe in vielen Fällen nur da entstehe, wo Nasen- oder Nasenrachen-Erkrankung vorhanden seien. Dementsprechend erzielt Roe gute Heilresultate durch chirurgische Behandlung der (hypertrophischen) Nasenschleimhaut. Verf. fand auf der Schleimhaut der

Muscheln, speciell des hinteren Endes der untern Muschel und des septum eine umschriebene empfindliche Stelle, deren Reizung gewisse constante Reflexerscheinungen, vor Allem den „Nasenhusten des Heufiebers“ hervorbringt. Es schwillt dabei stets das erectile Gewebe an jenen Stellen an — eine Erscheinung, die wahrscheinlich weniger auf vermehrte Reizbarkeit der Schleimhautnervenzweige, als des Centralnervensystems selbst beruht. Beim Heufieber wirkt dann der seiner Form und seiner Beschaffenheit wegen besonders intensiv reizende Blüthenstaub u. s. w. als Gelegenheitsursache. (Das periodische Auftreten der Erkrankung erklärt Verf. nach Analogie der functionellen nervösen Aphonie). Daraus folgt für die Behandlung, dass jene Reflexerregbarkeit der Muschel zu bessern oder, wenn das nicht angeht, die Muschel ganz zu zerstören ist. Es empfehlen sich daher 1. Bromide, Belladonna, Chloral, Gegenreize, 2. Beseitigung etwa vorhandener pathologischer Veränderungen in entfernten Organen (Uterus etc.), in welchen man eine Quelle von Reflexerregungen zu vermuthen Grund hat, 3. locale Behandlung bestehender Nasenerkrankungen. Muss man die Muschel aber zerstören, so beginne man mit dem hinteren Ende der unteren; hilft dies Nichts, so suche man nach Roe's Vorgang nach anderen überempfindlichen Stellen der Nasenhöhle, um sie gleichfalls zu zerstören (mit kalter Drahtschlinge, Galvanocaustik, Electrolyse u. dgl.). Voigt (Oeynhausen).

---

53) **Peckham** (New-York): The anatomical & physiological basis of the kinesio-neuroses of infancy & childhood. (Die anatomisch-physiologische Grundlage der Kinesio-Neurosen des jugendlichen Alters.) (The journ. of nerv. & ment. dis. 3. 1884. p. 408.)

Verf. sucht den Beweis zu führen, dass die „Kinesio-Neurosen“ der Kinder: Tetanus, Convulsionen, Chorea und Epilepsie eine anatom.-physiolog. Basis besitzen, welche das häufige Vorkommen derselben im kindlichen Alter erklärt. Die meisten Neurosen betreffen die motor. Nerven; erst nach dem 10. Jahre treten Affectionen der sensiblen Nerven auf. Unter den motorischen Störungen nehmen die „Convulsionen“ der Häufigkeit nach die erste Stelle ein. In 2. Linie folgt die Epilepsie; die meisten Fälle kommen vor der Pubertät vor. Die Tabellen von Bouchut, Cazanviech, von Beau und Hasse geben eine gute Uebersicht.

Bouchut & Cazanv., 66 Fälle.		Beau, 210 Fälle.		Hasse, 995 Fälle.	
Alter.	Anzahl.	Alter.	Anzahl.	Alter.	Anzahl.
0— 5 J.	18	0— 6 J.	39	0— 1 J.	87
10—15	22	6—12	43	2—10	306
		12—16	49	10—20	364
15—20	10	16—20	17	20—30	111
20—25	5	20—30	29	30—40	59
25—30	4	30—40	12	40—50	51
30—35	1	40—61	21	50—60	13
40—60	4			60—70	4.

In 3. Linie kommt die Chorea, am häufigsten zwischen 7. und 14. Lebensjahre.

Russ, 189 Fälle:

Alter.	Knaben.	Mädchen.	Summa.
1— 4 J.	3	2	5
4— 6	2	3	5
6—10	16	45	61
10—15	30	88	118
Summa	51	138	189.

Hughes, 100 Fälle:

Alter.	Knaben.	Mädchen.	Summa.
1—10 J.	11	22	33
10—15	11	34	45
15— ?	5	17	22
Summa	27	73	100.

Lewis Smith, 1471 Fälle:

Alter.	Anzahl.
1— 6 J.	121
6—10	855
10 u. darüber	238
Summa	466 Knaben
	1005 Mädchen.

Die eigenthümliche Reizbarkeit des kindlichen Nervensystems beruht:

1. Auf dem Wachsthum.
2. Auf der verhältnissmässig bedeutenden Entwicklung des Nervensystems.
3. Auf dem Uebergewicht der Reflexerregbarkeit über die willkührlichen Bewegungen.
4. Auf dem labilen Zustande der Nerven.
5. Auf besonderen Eigenthümlichkeiten des Gefässsystems.

Diese 5 Punkte werden im 2. Theil der Arbeit ausführlich besprochen. Koenig (Dalldorf).

---

54) **Walton** (Boston): A contribution to the study of hysteria bearing on the question of oöphorectomy. (Ein Beitrag zum Studium der Hysterie mit Berücksichtigung der Frage von der Castration.

(The journal of nerv. & ment. dis. 3. 1884. p. 424.)

Es gibt eine beschränkte Anzahl von hyster. Erkrankungen, welche wirklich auf Erkrankung eines Theiles des Genitalapparates beruhen. Nur bei diesen Fällen sollte die Castration in Frage kommen. Verf. glaubt, dass die gewöhnliche Hysterie auf einer Störung der Thätigkeit der Ganglienzellen der Hirnrinde beruhe, hervorgebracht durch vasomotor. Einflüsse (Gefässkrämpfe); so könne man sich am besten die unilateralen hysterischen Erscheinungen erklären, wie den häufigen Wechsel in der Localisation. Bei der „constitutionellen“ Hysterie gelinge der Transfert, nicht aber bei der „ovariellen“.

Eine verh. 32 J. alte Dame, hereditär nicht belastet, zeigte seit dem sie eine Retroflexio uteri acquirirt hatte, hysterische Erscheinungen: Linksseitige Hemicranie, Anästhesie der l. Körperhälfte, linksseitige Amblyopie, Farbenblindheit und central. Scotom. Die ophthalm. Untersuchung ergab links eine bedeutende Verengerung der Retinalgefässe, während sie rechts von normaler Weite waren.

Zum Schluss bringt Verf. noch die ausführliche Krankengeschichte einer Dame, bei der durch doppelseitige Castration das Verschwinden der seit 13 J. bestehenden hyster. Symptomen bewirkt wurde. Koenig (Dalldorf).

---

55) **Hankel** (Glauchau): Ein Fall von einseitiger Gesichtshypertrophie. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. p. 560.)

Die monströse Bildung begann bei einem (ausser Schwerhörigkeit und Schwindel) gesunden männl. Individuum im 12. Lebensjahre und war im 29. derartig vorgeschritten, dass die linke Gesichtsseite ungefähr doppelt so gross als die rechte war. An der Vergrösserung nahm der Jochbogen den hervorragendsten Antheil. Die Weichtheile waren den Knochen proportional gebildet.

Langreuter (Eichberg).

---

56) **H. Oppenheim** (Berlin): Die Beziehungen der Hemicranie zur Tabes dorsalis. (Berl. klin. Wochschr. 1884. p. 603.)

Verf. fand unter 85 eingehend examinirten *Tabes-Kranken* 12, bei denen *typische Anfälle von Migräne* bestanden hatten oder zur Zeit der Beobachtung noch bestanden. 10 von diesen waren Frauen, 2 Männer.

O. glaubt, dass dies Zusammentreffen kein zufälliges sei und räth bei Fällen von Hemicranie häufiger auf Tabes-Symptome zu examiniren. Wie aus den 12 mitgetheilten kurzen Krankheitsgeschichten hervorgeht, bestand Hemicranie häufig viele Jahre, selbst Jahrzehnte vor den gewöhnlichen subjectiven Tabes-Symptomen.

Langreuter (Eichberg).

---

57) **Igakushi Hasimé Sakaky** (Tokio): Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2. p. 584.)

Die in der Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkr. vorgetragenen Untersuchungen sind bereits referirt in d. Centralbl. 1884. p. 56. Dem Referat ist noch nachzutragen, dass in dem fraglichen Falle (eine 38 jährige Tabische) sich deutliche Beziehungen zwischen der Sensibilität und dem pathologisch-anatomischen Befunde der Nerven nachweisen liessen. Verf. constatirte einen bedeutenden Schwund der markhaltigen Nervenröhren besonders in den Hautästen — durch Zählung. Es fand sich, dass gerade an den unteren Abschnitten der unteren Extremitäten, wo die Anästhesie am bedeutendsten war, auch die Verminderung der Nervenröhren den höchsten Grad erreichte.

Langreuter (Eichberg).

---

58) **P. Möbius** (Leipzig): Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. (Berl. klin. Wochenschr. 1884 p. 604.)

Bei einem im übrigen gesunden 6 jährigen Mädchen trat vom Ende des ersten Lebensjahres ab *alljährlich* eine totale *Lähmung* des rechten *Oculomotorius* auf, welche von mehrtägigem Erbrechen und heftigen Augenschmerzen eingeleitet wurde und im Laufe von 8—10 Wochen bis auf die Mydriasis sich allmählich wieder verlor. Schmerz und Erbrechen hörten auf, sobald die Lähmung vollständig war. Verf. hält die letztere vorzüglich mit Rücksicht auf die einleitenden Erscheinungen für *cerebral* bedingt. Langreuter (Eichberg).

---

59) **E. Binz** (Bonn): Die Wirkung ozonisirter Luft auf das Gehirn. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. p. 634.)

Verf. hatte bereits durch frühere Versuche (Berl. klin. Woch. 1882 p. 6, 17 und 645) die durch *Ozon* stattfindende *Depression* des *Gehirns* dargethan. Er findet seine Versuche durch eine neuerdings erschienene Abhandlung von Prof. J. Dogiel in Kasan im wesentlichen bestätigt und wiederholt die Ansicht, dass wochenlanges Einathmen Ozonreicher Luft Erregungszustände von Gehirn und Rückenmark günstig beeinflusse. Langreuter (Eichberg).

---

60) **Joseph Landsberg** (Berlin): Geheilter Fall von Abducens-Lähmung mit Diabetes mellitus. (Arch. f. Psych u. Nervenkr. XV. 2. p. 601.)

Der den Autor selbst betreffende Fall von transitorischem Diabetes mellitus begann mit einseitiger Abducenslähmung und ging nach 6 wöchentlicher Carlsbader- und einer Nachcur in Misdroy in Heilung über, und zwar hielt die Lähmung gleichen Schritt mit der Zuckerabnahme im Urin. Langreuter (Eichberg).

---

61) **B. Harris** (Savannah, Ga.): Veratrum viride and gelsemium in the successful treatment of tetanus. (Veratrum und Gelsemium bei der erfolgreichen Behandlung des Tetanus.) (The med. Rec. 12. Juli 84.)

Verf. erzählt ausführlich 4 Fälle von Tetanus, bei denen die Behandlung mit obigem Mittel (Extract. veratri viridi 1 Theil Extract. Gelsem. 3 Theile 2—3 stündlich 10—15 Tropfen) ausgezeichnete Dienste leistete. Voigt (Oeynhausen).

---

62) **J. Trautwein** (Kreuznach): Zur Kenntniss der Stromvertheilung im menschlichen Körper bei Anwendung des galvanischen Bades. (Berl. klin. Wochenschr. 1884. p. 590.)

Um zu ermöglichen, dass der wenig empfindliche *Rücken* als *Haupteintrittspforte* des Stromes im galvanischen Bade diene, und so

die empfindlichen Hände ev. Vorderarme zu schonen, construirte Verf. eine *kissenförmige Electrode*, die an das Kopfende der Wanne in der Weise angebracht wurde, dass der Badende sich bequem daranlehnen konnte. (Eine kupferne mit dem Leitungsdrath in Verbindung gesetzte von der Wannenwandung isolirte 20 Ctm. grosse Kupferplatte wurde von einem Gummiluftkissen ringförmig umgeben.) Die Rückenhaut ertrug eine beträchtlich *grössere Stromquantität*, als beim gewöhnl. galvan. Bade anwendbar. Unter Anwendung des Hirschmann'schen absoluten Galvanometers gelang es dem Verf. ferner bei der erwähnten Lagerung des Körpers Zweigströme in demselben nachzuweisen, und dadurch Folgendes zu constatiren: Die den Strom am *besten leitenden* Körpertheile sind die der *compacten Körpermasse*, die schlechter leitenden diejenigen, welche von dem Gase und Luft enthaltenden Hohlorganen: wie Darm, Magen und Lungen eingenommen werden. Die den Körper durchkreisenden Ströme haben im Allg. die Richtung des Hauptstroms.

Verf. constatirt schliesslich, dass bei der von ihm geübten Bademethode sowohl *Gehirn als Rückenmark* von *nicht unerheblichen Stromantheilen* getroffen werden. Langreuter (Eichberg).

---

63) **Anjel** (Zuckmantel): Ueber eigenthümliche Anfälle perverser Sexualerregung. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 2. p. 593.)

Von den beiden angeführten Fällen ist besonders der erste interessant und forensisch bedeutsam. Es handelt sich um einen psychopathisch nicht belasteten sehr gebildeten und sozial hochstehenden Mann, der nach einem vor 8 Jahren überstandenen Schreck pathologische Zustände von psychischer Erregung bekam, während welcher er einen kaum widerstehlichen Drang hatte, sich sexuell Mädchen zwischen 5 und 10 Jahren — selbst seinen eigenen Töchtern — zu nähern. Diese Perioden dauerten 8—14 Tage und waren von allgemeiner Unruhe, Schlaflosigkeit und Angstgefühlen begleitet. Das Ende trat ziemlich plötzlich unter dem Gefühl allgemeiner Mattigkeit ein. Der Pat. erinnerte sich immer des Vorgefallenen genau, stand aber so unter der Herrschaft dieser Zwangsideen, dass er sich während der kritischen Zeit vollkommen zurückziehen musste, um grosse Unzuträglichkeiten zu verhüten. Verf. hält es für am wahrscheinlichsten, dass es sich um das psychische Aequivalent eines epilept. Anfalls handelte.

Der 2. Fall betrifft eine hystero-epileptische Dame nahe dem Climacterium, ebenfalls aus den besten Ständen und von ungewöhnlicher Bildung. Dieselbe — früher stets gesund und weder in Wort noch That lasciv — gerieth, nachdem sie in Folge von Gemüthsbewegungen erkrankt war, jedesmal zur Zeit der Menses in sexuelle Erregung, welche sich jedoch nur auf Knaben unter 10 Jahren bezog, während ihr der Gedanke an einen Mann unangenehm war.

Langreuter (Eichberg).

---

64) **Hitzig** (Halle): Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. (Berl. klin. Wochschr. 1884. p. 537)

65) **C. Reinhard** (Friedrichsberg-Hamburg): Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen, nebst einigen Bemerkungen über die Wärmeregulirung. (eod. loco. p. 546.)

Die auf mitgetheilten mit Curven illustrirten Krankheitsfällen beruhenden Sätze Hitzig's lauten. 1. In Fällen von Paralyse mit subnormalen Temperaturen kommen — sofern es sich um acut ablaufende Vorgänge handelt — erstaunliche Sprünge der Temperatur ohne Krämpfe und paralytische Anfälle überhaupt vor. 2. Das Absinken der Temperatur kann dem paralytischen Anfall Stunden oder Tage vorangehen, denselben also gewissermassen ankündigen. Während des Anfalls steigt die Temperatur aber ungeachtet mancherlei Schwankungen nicht wieder auf die normale Höhe oder darüber hinaus — oder 3. Das Absinken geht dem paralytischen Insult um kürzere oder längere Zeit voraus; während der Anfälle steigt die Temperatur dann mit grösseren oder geringeren Schwankungen mehr oder weniger hoch, um entweder zur Norm zurückzusinken oder bis zum Tode hoch zu bleiben oder von neuem tief zu sinken.

Reinhard resumirt seine beiden Beobachtungen folgendermassen: Es handelt sich um Fälle von progressiver Paralyse, in welchen nach mehrwöchentlicher anhaltender tobsüchtiger Erregung plötzlicher Collaps mit enormer Temperatursenkung bis 22,6° C. resp. 22,5° C. im Rectum eintrat, der das eine Mal unaufhaltsam innerhalb $4^1/_2$ Stunden zum Tode führte, im anderen Falle noch eine vorübergehende Erholung zu Stande kommen liess.

Während Hitzig zur Erklärung der mitgetheilten Temperaturschwankungen verschiedene Factoren (Herzschwäche und event. Störung in der Hirnrinde) in Betracht zieht, glaubt Reinhard annehmen zu dürfen, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit allein das Wärmeregulationscentrum in Frage käme oder vielmehr mehrere solche, welche von der Grosshirnrinde ab bis in die untersten Partien des Rückenmarks anzutreffen seien. Langreuter (Eichberg).

---

66) **S. W. Dana** (New-York): Delirium closely resembling mania a potu, following the free use of morphine. (Ein dem Säuferwahnsinn sehr ähnliches Delirium in Folge von Morphium.) (The med. Record 19. Juli 1884.)

Ein 17jähriger, an acuter Peritonitis leidender Mann nahm täglich 2—6 Grain Morphium. Nach Verbrauch von 28 Grain stellte sich 3 Tage anhaltendes Delirium mit dem Character des delir. tremens ein (doch fehlte Anorexie und Tremor). Nach Gebrauch von Bromkali mit Chloral und Morph. erfolgte langdauernder Schlaf, demnach schnelle Genesung. Voigt (Oeynhausen).

---

67) **B. Burr** (Pontiac, Mich.): Delusions, Illusions and Hallucinations. (Vortrag in der Aprilsitzung der „Round table". The Detroid Lancet, Juli 84.)

Verf. giebt eine Definition der in der Ueberschrift genannten Krankheitserscheinungen (Delusions = krankhafte Einbildungen), dieselben durch kurze Beispiele aus der Praxis verdeutlichend.

Voigt (Oeynhausen).

---

68) **Wm. H. Lathrop:** Incipient mental diseases and their relations to general praktitioners. (Beginnende Geisteskrankheiten und ihre Beziehungen zu dem praktischen Arzte.) (Vortrag in der Middleses North. district medical society. The Detroid Lancet, Juli 1884.)

Sehr viele Geisteskranke kommen erst dann in die betreffenden Anstalten, wenn das Stadium der Heilbarkeit schon vorüber ist. Dem praktischen Arzte fällt daher recht oft die Aufgabe zu, derartige Kranke zu einer Zeit zu behandeln, wo sie noch besserungs- und heilungsfähig sind. Verf. hält denselben zur Erfüllung dieser Aufgabe für durchaus geeignet, da viele Ursachen der Geisteskrankheiten gerade von ihm am leichtesten erkannt, beziehungsweise beseitigt werden können. Als solche hebt er besonders hervor: Erblichkeit, Unmässigkeit, Epilepsie, schlechte allgemeine Gesundheitsverhältnisse, Masturbation, Ueberanstrengung, Sorgen, Menstruations- und puerperale Störungen, religiöse Erregungen, Kopfverletzungen. Durch rechtzeitiges Eingreifen in vielen dieser Fälle könne der praktische Arzt sogar recht oft dem Ausbruche der Geisteskrankheit vorbeugen.

Voigt (Oeynhausen).

---

22) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Imbecillität. Religiöse Melancholie. Versuchter Giftmord des Kindes und versuchter Selbstmord. (Friedreich's Bläter f. ger. Med. u. s. w. 35. Jahrg. 3. Heft Mai und Juni 1884.)

Akten. Am 1. 9. 83 vergiftete die 28jährige Ehefrau Elise S. sich und ihre 7jährige Tochter mittelst in Kaffe aufgelösten weissen Arseniks. Beide erkranken und genasen durch günstige Umstände. Verhör der S. am 16. 9. Sie sei am 6. 4. in der Beichte von dem Missionspriester wegen unkirchlichen Lebenswandels verwarnt worden und habe seitdem keine Ruhe mehr gehabt. Am 14. 9. auf dem Felde arbeitend habe sie den Entschluss gefasst, sich und ihr Kind zu tödten um nicht lebendig dem Teufel in die Hände zu fallen und ihr Kind vor ihm zu retten. Den Arsenik nahm sie aus der verschlossenen Truhe des Mannes und gab einen halben Esslöffel in den Kaffe, trank aber nicht Alles weil sie die That reute. Alle 14 Tage habe sie Anfälle von Irrsinn, es werde ihr siedend heiss, sie bekomme Visionen und fürchte sich namentlich vor dem Teufel. In einem solchen Anfalle habe sie den Entschluss zur That gefasst, weil ihr Mann sie fortgehen geheissen habe. Den Knaben wolle sie dem Manne lassen. Geistesstörung in der Familie stellt sie in Abrede, will erst seit Anfang April an religiösen Wahnideen leiden, jedoch seit ihrer letzten

Entbindung vor etwa 6 Jahren an häufigem Kopfschmerz und an Schlaflosigkeit. Die Tochter giebt an, die Mutter habe vor der That gebetet. Der Ehemann giebt an, er habe bei der Nachhausekunft am 14. Abends von der im Bette liegenden Frau auf die Frage, was vorgefallen, die Antwort erhalten, Alles sei gefehlt, wir Alle seien verloren. Bis zum 6. April sei sie bei Verstande gewesen, von da an trübsinnig, habe fortwährend gebetet, habe in Folge der Missionspredigten die Idee gefasst, nicht in den Himmel zu kommen. Sie sei von jeher eine Betschwester gewesen, aber brav und fleissig. Am 6. 4. wurde sie in der Generalbeichte verwarnt, kam am anderen Tage einige Minuten zu spät zur Messe. Von da an war sie umgeändert, liess in der Arbeit nach, studirte beständig über die verscherzte Seligkeit. Am 8. 9. wallfahrtet sie nach L., findet aber auch dort keine Ruhe. Die Kirche drehe sich vor ihr um, wenn sie hinein wolle und der Priester drehe ihr sofort den Rücken. Sie hörte schon den um das Haus streifenden bösen Feind. Sie jammert beständig und küsst ein Kreuz dass sie am Halse trägt, ist schlaflos. Vom 12. 9. ab Sinnestäuschungen. Sie sagt wiederholt: Minzi, wir werden halt zum Himmelvater wandern. Sie bedauert den Mann, der durch sie unselig wird, wird immer zerstreuter und bleibt bis zur Inhaftirung am 20. 9. sich gleich. Die Verwandten seiner Frau seien schwächlich, mit Kopfweh behaftet, aber nicht geisteskrank. Seine Frau litt auch viel an Kopfweh und Rückenschmerzen. Die menses, früher schmerzhaft, sind seit Monaten fortgeblieben. Die Frau sprach oft im Schlafe, litt keine Noth.

Exploration. Frau S. hat schon als Kind viel an Kopf- und anderen Schmerzen gelitten; mit der Pubertät haben sich die Schmerzen gesteigert. Mit dem Manne habe sie gut gelebt; nur im letzten Jahre gab es Streit. Seit 4 Monaten Congestionen nach dem Kopfe (cessatio mensium). Nach der Beichte am 6. 4. sei es ihr vorgekommen, sie habe schlecht gebeichtet u. s. w. Leichtere Zeiten haben mit schlimmen abgewechselt. In der letzten Zeit fühlt sie sich ruhiger, ist aber noch immer wegen der Seligkeit besorgt, bekommt auch oft Angst und Herzklopfen, namentlich Nachmittags, dann hat sie Drücken am Herz und an Nichts Freude. Explorata ist mittelgross, stark gebaut, sehr blutarm, Haltung schlaff, Miene moros, macht den Eindruck einer geistig höchst beschränkten Individualität (äusserst schmaler niederer Stirnschädel, Schädel leicht rhombisch verschoben).

Gutachten. 1. Explorata ist eine schwächliche, nervöse, in Hirn- und Geistesentwicklung zurückgebliebene, gegen Gemüthsbewegungen wenig widerstandsfähige, bigotte Persönlichkeit. 2. Die Gemüthsbewegung am 6. 4. ruft Gemüthskrankheit (Melancholie mit religiösen Wahnvorstellungen) hervor. 3. Resumé der Symptome. 4. Die Strafthat findet ihre Motivirung in Wahnvorstellungen einer Gemüthskranken. Sie wird hervorgerufen durch plötzlich und mächtig das Bewusstsein überfallende Ideen und heftige Präcordialangst. Die Vergiftung des Kindes ist combinirter Selbstmord einer ihr Kind zärtlich

liebenden, religiös Wahnsinnigen. Dieselbe ist noch geisteskrank und bedarf wegen Gemeingefährlichkeit der Aufnahme in eine Anstalt.

Landsberg (Ostrowo).

---

70) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Körperverletzung. Zweifelhafte geistige Gesundheit des Thäters. Verfolgungswahnsinn neben wirklichen Kränkungen. Gerichtsärztliches Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 35. Jahrg. 5. Heft Sept. und October 1884.)

Acten. Den 20. 9. 1883 Abends 7 Uhr versetzt der Hausmeister und Kanzleidiener R. in A. der Hausgenossin und Gastwirthin Sch., mit der er schon wiederholt Streit gehabt hat, mit einem Stock eine Schläfenkopfwunde und contusionirt ihre Kellnerin durch einen Hieb auf den Rücken. Nach dem Auftritt ist er sehr aufgeregt, eine Provocation ist anscheinend nicht vorangegangen. Das schlechte Einvernehmen zwischen den beiden Familien wird durch Zeugen erwiesen. Im Verhör gibt R., der als aufbrausend, sonst tüchtig, bezeichnet wird, an, er habe die Sch. mit der Kellnerin schimpfend angetroffen und desshalb zugeschlagen, damit es Ruhe gebe. Die Sch. und die anderen Zeugen seien seine Feinde und bestochen, auch Dr. S., weil er einen anderen Arzt genommen habe. In der Hauptverhandlung am 12. 12. 83 zeigt R. einen pathologischen Affektzustand, wesshalb seine Exploration veranlasst wird.

Exploration am 22. und 26. 12. R. gibt bereitwillig seine Lebensgeschichte. Er stammt von gesunden Eltern, war von 50—57 Gensdarm, von da ab Bahnbediensteter, bis er 62 von einem Viadukt herunterstürzte; dann wegen Kränklichkeit Kanzleidiener. Seine Lebensweise ist mässig. Seit seiner Verunglückung, die mit heftiger Hirn- und Rückenmarkserschütterung, sowie mehreren Knochenbrüchen verbunden war, ist R. leidend, hat manchmal Anfälle von Schwäche und Herzklopfen, die ihn bettlägerig machen. Sein Magen ist sehr empfindlich; geringe Gemüthsbewegung erzeugt halbseitigen Stirnkopfschmerz und Erbrechen. Das Leben sei ihm in Folge dessen verleidet; Alkohol und hohe Temperatur werden nicht vertragen.

Explorat ist mittelgross, schlecht genährt, kleidet sich warm. Am linken Arm und am Backen Spuren von Knochenbrüchen. Die Erwähnung der Sch. erregt ihn lebhaft. Er habe ihnen nur Gutes gethan und dafür nur Undanck erfahren. Dez. 82 seien sie ins Haus gekommen, hätten sich über seine Solidität geärgert, ihm allerlei Schabernak gespielt. Er habe seine Tochter, die als Kellnerin diente, wegnehmen müssen, weil Sch. ihr nachstellte. Danach hätten die Verfolgungen zugenommen. Er habe Aeusserungen gehört, nach denen sein Leben bedroht war und sich desshalb veranlasst gesehen, zu kündigen. Da sein Herr in Folge dessen die Sch. ausgezankt habe, so habe man eine förmliche Intrique gegen ihn in Scene gesetzt. Auch seine Handlungsweise gegen die Sch. ist ihm „abgerungen und

abgezwungen". Seit er aus dem Unglückshause fort sei, habe er Ruhe vor den Sch's. Sein Verhalten bei der Hauptverhandlung erklärt er durch Gemüthsbewegung, sowie durch den Genuss einer Virginia-Cigarre.

Gutachten. 1. Der 57jährige R. ist in Folge schwerer 1862 erlittener Körperverletzung nervenkrank.

2. Auf Grundlage des krankhaft fungirenden Nervensystems entwickelte sich unter dem Einfluss von wirklichen Kränkungen und Verfolgungen Verfolgungswahnsinn. Derselbe setzt mit Misstrauen im August 82 ein und entwickelt sich immer deutlicher zu Wahn und Illusionen. Sommer 83 geht R. wegen Furcht für sein Leben mit einem Revolver herum, bemerkt verdächtige Gestalten, hört Reden, die nicht, oder nicht so gesprochen wurden. Der Verfolgungswahn zieht weitere Kreise und wird systematisirt.

3. Die That ist der Ausfluss eines längst bestehenden Verfolgungswahns, durch Gehörsillusion wahrscheinlich provocirt.

4. Das Benehmen des R. in der Verhandlung war durch pathologischen Affekt bedingt.

5. R. ist nicht gemeingefährlich und lässt bei Fernbleiben von Gemüthsaufregungen Genesung erwarten.

Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

Pathological Society zu New-York.

Sitzung vom 11. Juni 1884. (The medic. Record 12. Juni 1884.)

71) **Knight:** *(Tubercular Meningitis — Hereditary Syphilis? Basilar gummous Meningitis."*

K. trägt die Krankengeschichte eines 1jährigen Kindes vor, das niemals Zeichen von Lues darbot, obgleich die Eltern syphilitisch gewesen waren. Das klinische Krankheitsbild sowohl, als der macroscopische Sectionsbefund liessen die Diagnose auf cerebrale Syphilis stellen, während die microscopische Untersuchung zeigt, dass es sich um eine tuberculöse Meningitis handelt.

In der Discussion meinen die einen, dass hier eine Combination von Syphilis und tuberculöser Meningitis vorliege, die andern, dass ein syphilitischer Einfluss auszuschliessen sei, da bei Kinder in der Regel sich die Lues auf der Haut localisire, ehe cerebrale Symptome in die Erscheinung treten; auch seien einige im vorliegenden Falle

der Syphilis zugeschriebene Symptome und anatomische Befunde (Nystagmus, niedrige Temperatur, gelatinöse Exsudation an der Hirnbasis etc.) bei tuberculöser Meningitis durchaus nicht selten.

Voigt (Oeynhausen).

V. Tagesgeschichte.

Aus Wien. Der oberste Sanitätsrath beschäftigte sich in seiner letzten Sitzung mit der Frage *ob die bestehenden Gesetze den Geisteskranken einen genügenden Schutz gewähren.* An der Hand zahlreicher Thatsachen musste die Frage *verneint* werden und es wurde daher der Beschluss gefasst bei der Regierung die Emanation besonderer Gesetze zum Schutze der Geisteskranken zu beantragen.

Die *Irren-Bewahranstalt St. Thomas* bei Andernach a. Rhein — zu Siegburg's Zeiten die Irrenpflegeanstalt des Reg.-Bez. Coblenz — beging am 1. Januar die 50. Wiederkehr ihres Eröffnungstages in festlicher Weise.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 2) Langenhagen, (Idiotenanstalt) Director, 1. April. 4500 M. Anfangsgehalt, freie Wohnung etc. Meldung an das Comité zur Errichtung von Idiotenanstalten in Hannover. 3) Ueckermünde, Assistenzarzt 1. April, 1200 Mark freie Station I. Classe. 4) Saargemünd, II. Assistenzarzt, April, 1000 Mark Anfangsgehalt und freie Station. 5) Hamburg, (Friedrichsberg) Assistenzarzt, 15. März, M. 1440 im ersten, M. 1620 im zweiten Jahre, in jedem folgendem M. 1800 und freie Station. Verpflichtung auf 2 Jahre.

Ernannt. Berlin, (psychiatr. Klinik) Assistenzarzt, Herr Dr. Schoenthal in Grafenberg, unser Mitarbeiter.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Februar 1885. Nro. 4.

INHALT.

I. Originalien. C. Reinhard: Zur Kenntniss von den Balkenfunctionen nebst einem casuistischen Beitrag. (Schluss.)

II. Original-Vereinsberichte. Psychiatrische Gesellschaft in St. Petersburg.

III. Referate und Kritiken. Mader: Embolische Erweichung der linken vorderen Centralwindung mit rechtsseitiger Parese und Aphasie etc. Tod. Takács: Ein Fall von Blutextravasat in's Gehirn, Encephalitis und Meningitis. Zehery: Ein seltener Fall von Atrophia nervi optici. Apolant: Zur Casuistik der Gehirnaffection nach Otitis media. Thomsen und Oppenheim: Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems. Dreschfeld: Ueber Alcoholparalyse. Horsley: Occipital-Encephalocele. Tooth: Fall von Pacchymeningitis dorsalis. Obersteiner: Ueber Pruritus hiemalis. Schultze: Ueber eine eigenthümliche atrophische Paralyse bei mehreren Kindern derselben Familie. Weiss: Die Hysterie des Kindesalters und ihre Behandlung. Bell: Geisteskrankheit und Verbrechen. Newth: Der Werth der Electricität bei der Behandlung der Psychosen. Rayner: Psychose nach Kopfverletzung, Wood: Als Manie aufgefasster Fall, Tod nach einer Reihe epileptiformer Anfälle. Savage: Perverse Sexualempfindung bei einem Manne. Beach: Ueber Atrophie des Gehirnes bei Schwachsinnigen. Wiglesworth und Bickerton: Ueber den Augenhintergrund bei Geisteskranken. Konrád: Ueber die hypnotische und sedative Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskranken. v. Barlanghi: Weitere Beiträge zur Aetiologie der Geisteskrankheiten. Christian, Régis: Ueber die diagnostischen Schwierigkeiten bei der Paralyse der Irren. Gray: Heredität. Stearns: Fortschritte in der Behandlung der Irren. Obersteiner: Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica. Sander: Ueber eine neue Methode der Lagerung Gelähmter und Unreinlicher, Radestock: Genie und Wahnsinn. v. Krafft-Ebing: Schwere Verletzung der Mutter und der Frau, wahrscheinlich in transitorischer Geistesstörung a potu.

IV. Aus den Vereinen. I. Société de Biologie zu Paris. II. Academie de Médecin III. Société médicale des Hôpitaux. IV. Société de Chirurgie.

V. Personalien.

I. Originalien.

Zur Kenntniss von den Balkenfunctionen nebst einem casuistischen Beitrag.

Von Dr. C. REINHARD,

2. Arzt der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

(Schluss.)

Die klinischen Erscheinungen in diesem Falle entsprachen grösstentheils dem Bilde der Dementia senilis, und wurde denn auch zu Lebzeiten des Patienten diese Diagnose gestellt, obschon keine

Rigidität der Arterien, noch Symptome von Altersveränderungen des Herzens resp. seiner Gefässe eruirt werden konnten. Auffallend war nur das erhebliche Schwanken des Kranken beim Stehen und Gehen, — selbst wenn er die Augen nicht geschlossen hatte, — ohne dass eine Störung der Motilität oder Sensibilität nachzuweisen war.

Dass diese Erscheinung nicht vom Rückenmark ausgehen konnte, dafür sprach das Erhaltensein des Kniephänomens, das Fehlen der reflektorischen Pupillenstarre und der Ataxie, und die ungestörte Funktion von Blase und Mastdarm. Die Ungenauigkeit der Lokalisirung von Hautreizen konnte sehr wohl auf Rechnung der geschwächten Aufmerksamkeit und Intelligenz des Kranken gesetzt werden. Es handelte sich, wie schon angedeutet, bei näherer Betrachtung gar nicht um jene Art von Schwanken, wie sie bei Hinterstrangerkrankungen vorzukommen pflegt, da bei diesen schon vorgeschrittene anderweitige Krankheitserscheinungen vorhanden sein müssen, wenn die Patienten auch bei offenen Augen in's Schwanken gerathen, und da sich hier das Schwanken beim Schliessen der Augen stets ganz erheblich steigert.

Auch an eine Affection der Gleichgewichtsorgane, wie Seh- und Streifenhügel, Pons, Oblongata, Kleinhirn und halbcirkelförmige Canäle konnte nicht gut gedacht werden, da hierbei fast immer gleichzeitig heftiges Schwindelgefühl vorhanden zu sein pflegt, das bei meinem Kranken gänzlich fehlte, da ferner Erkrankungen in einem der genannten Hirntheile auch noch andere Symptome hervorrufen, welche hier nicht vorhanden waren, und da im letztgenannten Falle die Affection meist nur halbseitig ist, während hier mässige doppelseitige Hörstörung vorlag, und die Störung des Gleichgewichts hauptsächlich anfallsweise aufzutreten pflegt, was bei meinem Kranken absolut nicht der Fall war.

Es schien daher nur noch die Möglichkeit zu bleiben, dass es sich um eine Affection des Vorderlappens des Grosshirns handelte, und zwar hätte man an einen Tumor dieser Region denken können, da nach Wernicke's Angaben (l. c. Band III p. 322) „schwankender Gang schon öfter als Symptom von Tumoren des Vorderlappens bemerkt worden ist". Der Autor fügt freilich hinzu, dass es bislang noch nicht gelungen ist, diese Erscheinung genau zu analysiren und mit Gewissheit als direktes Herdsymptom von Seiten des Vorderlappens nachzuweisen". Bei dem Mangel der Stauungspapille und dem sehr späten Eintritt von epileptiformen Anfällen war indessen nicht an diese Möglichkeit gedacht, sondern die Erklärung des starken Schwankens beim Stehen und Gehen offen gelassen und nur constatirt worden, dass eine Form von Gleichgewichtsstörung vorlag, die an und für sich die meiste Aehnlichkeit mit der cerebellaren Ataxie hatte.

Wir waren daher sehr überrascht, als die Sektion eine Neubildung im Balken nachwies, während sonst nirgends Veränderungen in den Centralorganen zu entdecken waren. Wenigstens glaube ich Letzteres behaupten zu dürfen, da die partielle einfache Erweichung der laminae septi lucidi nicht der Art war, dass dieser Hirntheil eine

nennenswerthe Schädigung seiner Functionen erlitten haben konnte und daher gegenüber der schweren Läsion im Balken ausser Betracht bleiben darf. Demnach kann das auffallende Symptom der Gleichgewichtsstörung bei meinem Kranken wohl nur auf die Affektion des Balkens zurückgeführt werden, dessen Fasern nicht nur durch den Tumor selbst, sondern auch durch die zahlreichen Hämorrhagien grösstentheils völlig zerstört worden waren.

Um allen Einwänden zu begegnen, wäre es gut gewesen, wenn ich bei der Sektion die Gehörorgane herausgenommen hätte behufs mikroskopischer Untersuchung seitens eines hierin bewanderten Spezialisten. Leider ist dies versäumt worden und somit bleibt dem wissenschaftlichen Skepticismus noch eine gewisse Handhabe. Allein dieselbe ist sehr schwach, denn — ich wiederhole es nochmals ausdrücklich — es ist weder Schwindelgefühl noch anfallsweises Auftreten oder paroxysmelle Steigerung der Symptome der Gleichgewichtsstörung beobachtet worden. Vielmehr nahm letztere — jedenfalls Hand in Hand mit der Ausbreitung der Neubildung im Balken und mit der Frequenz der Hämorrhagien in dieselbe — gradatim und stetig an Stärke zu.

Dieselbe aber auf eine Steigerung des intracraniellen Druckes zurückführen zu wollen, verstiesse erstlich gegen physiologische und klinische Lehrsätze, wonach das Schwanken nicht als eine Druckerscheinung seitens des Gehirns angesprochen wird, sodann aber auch gegen die reellen Thatsachen, indem der Hirndruck in meinem Falle, wie aus dem Fehlen der Stauungspapille, ferner aus dem Blutreichthum des Hirns hervorgeht, nicht bemerkenswerth gesteigert gewesen sein kann.

Wenn ein Erklärungsversuch über das Zustandekommen von Gleichgewichtsstörungen bei Balkenaffectionen jetzt schon gestattet erscheint, so dürfte derselbe vielleicht auf folgenden Betrachtungen basiren. Alle Eindrücke über Stellung, Lage und Bewegung der einzelnen Körpertheile zu einander und im Raum, welche stets beiden Grosshirnhemisphären in gleicher Weise und Intensität, aber getrennt für sich, zuströmen, vermögen nach Vernichtung des Balkens nicht mehr in genügende Correspondenz und Beziehung zu einander zu treten, soweit dies beide Hemisphären unter sich betrifft; es wird gewissermassen die Controlle, welche letztere gegenseitig ausüben, mehr oder weniger gestört resp. aufgehoben. Dieselben Mängel werden in einem solchen Falle natürlich auch bei den centrifugalen Vorgängen zu Tage treten müssen. Es fällt dabei mit einem Worte die Zusammenfassung identischer (und symmetrischer) centraler Vorgänge in einen Punkt, die Verschmelzung derselben zu einem harmonischen Ganzen weg, und es muss daher auch die Synergie beider Körperhälften gestört werden, sowohl in Bezug auf die Congruenz der Zeit als auch des Ortes, sowie der Intensität der Impulse. Statt der geordneten und zweckmässigen Bewegungen resultiren daraus ungeordnete und unzweckmässige, und es entsteht, obwohl weder eine sensible noch eine motorische Störung (resp. Ataxie) vorhanden ist, eine Incoordination der symmetrischen Bewegungen. Dieselbe muss sich na-

türlich da am ehesten und deutlichsten zeigen, wo es auf die grösste Genauigkeit und Feinheit des Zusammenwirkens beider Körperhälften ankommt, nämlich bei der Erhaltung des Gleichgewichts des Körpers in aufrechter Stellung. Dass das Schwanken sich beim Gehen noch steigerte, erklärt sich vielleicht daraus, dass sich hierbei zu der Störung (Incoordination) der unbewusst vor sich gehenden Bewegungsimpulse noch diejenige der bewusst verlaufenden gesellt.

Vielleicht erklärt sich aus dem obigen auch, wesshalb beim Schliessen der Augen keine nennenswerthe Steigerung der Gleichgewichtsstörung in diesem Falle eintrat. Da nämlich auch die von dem Gesicht vermittelten Eindrücke höchstwahrscheinlich nicht zur gehörigen Zusammenfassung in einen Punkt (psychologisch gedacht) gelangten, und die von ihnen veranlassten Impulse ebenfalls hinsichtlich der exacten Synergie beider Körperhälften zu wünschen übrig liessen, konnte das Ausschliessen der Gesichtseindrücke in diesem Falle wohl kaum eine Steigerung der Gleichgewichtsstörung zu Stande bringen. Die ganz geringe Zunahme der Schwankungen bei geschlossenen Augen, welche allerdings thatsächlich beobachtet wurde, darf wohl auf den psychischen Einfluss (Erregung eines ängstlichen Gefühls, Zerstreuung der Aufmerksamkeit) zurückgeführt werden, welchen das Verbinden der Augen auf demente Individuen häufig ausübt.

Wenn ich oben von Incoordination sprach, so geschah das nur aus Mangel an einem bezeichnenderen Wort. Denn es handelte sich wie ich nochmals betonen möchte, nicht sowohl um eine Coordinationsstörung im Sinne der Autoren, da Pat. alle auf eine Seite beschränkten Bewegungen, sei es die rechte oder die linke, zweckmässig und coordinirt zu Stande brachte; die Störung bestand vielmehr nur in der mangelhaften Synergie der beiden Seiten. Mit der Zunahme dieser Störung verlor Pat. auch die Fähigkeit, sich allein an und aus zu ziehen und andere complicirte Handlungen vorzunehmen, zu denen ein gehöriges Zusammenwirken beider Hände erforderlich ist. Dass er öfter an vorgehaltenen Objecten vorbeigriff, dürfte sich zum Theil auf den Tremor, zum Theil aber auch vielleicht auf das oben präsumirte mangelhafte Zusammenwirken der Gesichtseindrücke der beiden Hemisphären zurückführen lassen.[1])

Ob auch einige der psychischen Symptome als Folgen der Balkenaffection zu deuten sind, ist schwer zu entscheiden, indess unter Zugrundelegung der in dem obigen Erklärungsversuch dargelegten Bedingungen nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen. Ich bin geneigt die Schwerfälligkeit und Unordnung des Gedankenganges, sowie die Apathie und Somnolenz meines Patienten damit in Verbindung zu bringen, zumal da die Atrophie des Hirns nicht bedeutend war.

Ein Umstand verdient noch besonders besprochen zu werden. Derselbe betrifft das Verhalten der Hinterstränge, speciell der Keil-

---

[1]) Vergleiche hiermit, was Wernicke (Band I p. 235) zur Erklärung des identischen Sehens anführt.

stränge bei Balkenaffectionen. Bekanntlich fand Fr. Schultze[1]) in einem Fall von Sarcom der vorderen Hälfte des Balkens eine Degeneration der Keilstränge bis in's Dorsalmark herab, wobei die Axencylinder grösstentheils fehlten; und Westphal[2]) fand bei einem Gummiknoten im hinteren Theil des Balkens ebenfalls eine sich schon makroscopisch verrathende Degeneration (secundäre?) der Keilstränge im ganzen Halstheil, wobei umgekehrt das Mark der Nervenfasern geschwunden, die Axencylinder aber erhalten waren. Bei dem Dunkel, welches noch über der Bedeutung dieser merkwürdigen Befunde schwebt, ob zufällige Complication ob Folgeerscheinung der Balkenaffection, ist es jedenfalls geboten, in Zukunft bei Erkrankung des Balkens stets auf das Rückenmark zu achten. In meinem Falle fanden sich nun weder makroskopisch noch mikroskopisch Anhaltspunkte für eine Degeneration der genannten Partieen. Der mässigen Entwicklung von Fettkörnchenkugeln in den Hinterseitensträngen habe ich bereits oben erwähnt. Dieselbe ist bei alten Leuten so häufig, dass es nicht gerechtfertigt wäre, sie mit der Balkenaffection in Beziehung zu bringen.

Zum Schlusse möchte ich auch noch darauf hinweisen, dass in dem von Wernicke (l. c. Band III. p. 323) als vorzugsweise beweisend für das Vorkommen von Gleichgewichtsstörung (Schwanken) bei Tumoren des Vorderlappens angeführten Fall von Nothnagel das von dem linken Frontallappen ausgehende Gliom den Balken bedeutend in die Höhe und die linke Balkenwindung ganz über den Balken herüber nach rechts gedrängt hatte. Ob man hier nicht berechtigt wäre, wenigstens an eine irritative Störung der Balkenfunktionen zu denken und auf diese das übrigens, wie es scheint, nicht hochgradige Schwanken des betreffenden Kranken zurück zuführen, wage ich nicht zu entscheiden, möchte aber die Zulässigkeit einer Discussion hierüber angesichts meiner eigenen Beobachtung nicht für ausgeschlossen halten.

Als Resumé meines Falles lassen sich folgende Sätze aufstellen:

1. Die Störung des Gleichgewichts (ohne Schwindelgefühl) und der feineren synergischen Bewegungen beider Körperhälften, welche sich in meinem Falle fanden, lassen sich höchstwahrscheinlich auf die Zerstörung des Balkens zurückführen.

2. Die Störung des identischen Sehens sowie einige psychische Symptome, welche der Patient zeigte, wie Schwerfälligkeit und Unordnung im Gedankengang, Apathie und Somnolenz, stehen vielleicht mit dieser Affection in Verbindung.

3. Ataxie, Störungen der Motilität, der Sensibilität, der Sinnesfunktionen, der trophischen, secretorischen und vasomotorischen Funktionen waren nicht vorhanden.

Hamburg im December 1884.

---

[1]) „Zur Lehre von der secund. Degeneration d. R.-M“. Ctrbl. f. d. med. Wissensch. 1875 Nro. 10.

[2]) Verhandlungen der Berl. medic. Gesellschaft 1879/80 p. 62.

II. Original-Vereinsbericht.

Psychiatrische Gesellschaft in St. Petersburg.

Sitzung vom 10. Dezember 1884.

72) **W. Bechterew** spricht *über ein besonderes, in dem vorderen Abschnitte der Seitenstränge verlaufendes Faserbündel.*

In seinem Vortrage demonstrirte B. ein, in dem peripheren Theile der vorderen gemischten Zone der Seitenstränge befindliches, besonderes, lange Fasern enthaltendes Bündel. Dieses umkleidet sich etwa im 8. Monate des intrauterinen Lebens mit Myelin, also früher als die Pyramidenstränge und später als die anderen Theile der Seitenstränge. Auf Querschnitten des Halstheiles embryonaler Rückenmarke stellt sich dieses Bündel als ein Streifen dar, welcher dem inneren Rande des vorderen Theiles des directen Kleinhirnstranges anliegt und nach vorn an der Peripherie des Seitenstranges austritt. Der hintere, breitere Abschnitt dieses Streifens schmiegt sich direct dem vorderen Rande des Pyramidenseitenstranges an, der vordere aber verschmälert sich allmälich und verschwindet gänzlich kurz vor der Region des Austrittes der Vorderwurzeln. Das untere Ende des oben beschriebenen Faserbündels geht bis zum unteren Ende der Lendenanschwellung, wo es einen äusserst schmalen Streifen darstellt und an der Peripherie des Seitenstranges vor dem hier sehr verschmälerten Pyramidenstrange verläuft. In der Richtung nach oben nimmt der Querschnitt des Bündels immer an Grösse zu und geht dieses bis zum sogen. Seitenstrangkerne, in welchem er auch wahrscheinlich endigt.

Bei pathologischen Läsionen des Rückenmarks degenerirt dieses Bündel gleichzeitig mit dem Kleinhirnstrange aufwärts, wesshalb auch der Bezirk der aufsteigenden Degeneration in den Seitensträngen sich beinahe bis zur Austrittsstelle der vorderen Wurzeln erstreckt, mithin die vordere Grenze des Kleinhirnbündels überschreitet; an der Stelle aber, wo das beschriebene Bündel dem inneren Rande des vorderen Theiles des Kleinhirnstranges anliegt, zeigt sich ein deutliches Hervortreten des degenerirten Bezirkes in Form eines, mit dem Gipfel nach innen gekehrten Knotens.

Im zweiten Theile seines Vortrages beweist B., dass das von ihm beschriebene Bündel die Hautempfindungen (wenigstens die schmerzhaften) leitet. Die vom Redner schon vor einiger Zeit an Hunden und Kaninchen angestellten Versuche mit Durchschneidung verschiedener Theile des Rückenmarks bestätigen die Versuche Woroschilow's in der Beziehung, dass die schmerzhaften Hautempfindungen von den Seitensträngen fortgeleitet werden. Da nun aber Durchschneidung der ganzen hinteren Hälfte des Rückenmarkes, den hinteren Abschnitt der Seitenstränge mit einbegriffen, bei den Versuchsthieren nach B.'s Erfahrungen keine Analgesie hervorruft, so findet nach ihm die Leitung der sensiblen Reizung zum Gehirne nur in der vorderen Hälfte der Seitenstränge statt, in welcher das oben beschriebene Faserbündel sich befindet. Hinze (St. Peterburg).

III. Referate und Kritiken.

73) **Mader** (Wien): Embolische Erweichung der linken vorderen Centralwindung mit rechtsseitiger Parese und Aphasie etc. Tod.
(Wiener med. Presse 1885. Nro. 3.)

Eine 65 jährige Pfründnerin verlor plötzlich die Sprache und zeigte eine Lähmung der r. Seite. Die Zuuge weicht nach links ab. Bewusstsein erhalten; versteht, was gesprochen wird. Die einfachsten Gegenstände kann sie nicht benennen; sie unterscheidet aber, ob Andere sie richtig oder falsch benennen. Sie spricht keinen vorgesagten Laut nach. Einzelne Phrasen spricht sie spontan richtig aus. Aufgefordert Buchstaben zu schreiben macht sie mit der linken Hand stets ein und dasselbe Zeichen. (Eine Art Schleife mit Vor- und Endstrich. Es ist nicht zu ersehen in welcher Richtung die Pat. diesen Hacken schreibt. E.) Die einfachsten Objecte, Ring, Kreuz kann sie nicht zeichnen, macht ein dem M ähnliches Zeichen und giebt zu erkennen, dass es unrichtig sei. Nachgeschriebenes erkennt sie theilweise, unterterscheidet richtig, ob ihr Name falsch oder richtig geschrieben ist, scheint auch Ziffern zu verstehen. Tod an Gangrän.

Section: Das äussere Drittel der linken vorderen Centralwindung halb erweicht und von mehreren punktförmigen Extravasaten durchsetzt, welche zu kleinen Herden zusammentreten. Das mittlere Drittel der genannten Windung zeigte nur gelbe Erweichung, während das innere normal ist. Der zuführende Ast der Art. foss. Sylv. nicht thrombosirt. Arterien der Basis nur wenig erweitert, stellenweise verdickt. Lungeninfarct. Herzvergrösserung. Atheromatose. Milzinfarct. Leberschrumpfung. Niereninfarct. Arter. femoralis thrombosirt.

Erlenmeyer.

---

74) **Andreás Takács:** Ein Fall von Blutextravasat in's Gehirn, Encephalitis und Meningitis. (Orvosi Hetilap Nro. 8 1884.)

Verf. konnte trotz Mangelhaftigkeit aller anamnestischen Daten sowohl den Sitz der Extravasate, als auch die Ausbreitung der Meningitis bestimmen. Der Fall war äusserst instructiv wegen der verhältnissmässigen Seltenheit der Erkrankung des Broca'schen Gebietes durch Blutaustritte; er stellt für die Theorie der motorischen Aphasie Wernicke's neue Stützpunkte.

Bei der Aufnahme Parese der rechten Extremitäten und der unteren Partie des Facialis, Sensibilität intact; Reflexe erhöht. Daran gesellen sich Aphasie, Hörfähigkeit aber ungestört; Pat. verstand die an ihn gerichteten Fragen; Zunge beweglich; nur ein Wort „*Nein*“ wird immer gesagt.

Es war also weder das hirnbasale Toncentrum Kussmaul's, noch jenes Fasersystem, welches die Hirnrinde mit diesem Centrum verbindet, stark alterirt; auch nicht jene Region, welche die Impulse des Gehörorganes vermittelt, aber allenfalls jene Hirnrindenregion, wo die

zur Aussprache der Wörter nothwendigen *motor. Vorstellungen eingelagert sind:* die Broca'sche Region, der untere Abschnitt am Gyrus centralis und der hintere des ersten Gyrus frontalis. (Mehr als allgemein dafür angenommen wird. Ref.).

Es mussten durch dieses ausgebreitete Blutextravasat die psychomotorischen Fasern der Caps. interna einen Druck erleiden, wodurch die Fortleitung der Willensimpulse einen derartigen Widerstand erfuhren, dass Paresen der contralateralen Seite entstanden. Da kein Herzleiden vorhanden war, konnte T. Embolie ausschliessen, und wegen des raschen Auftretens der Symptome eine Hämorrhagie der linken Hemisphäre annehmen.

Das Gehörscentrum Munk's in den Gyris des Schläfelappens war positiv nicht geschädigt; hingegen das Centrum des Sprachvermögens in *seiner ganzen Ausdehnung* afficirt, mit Ausnahme jener minimalen Abschnitte, in welchem die motorische Auslösung des Wortes „*nein*" gelegen ist. Verf. war in der Lage die *rein corticale motorische Aphasie* festzustellen.

Später wurde auch die benachbarte Schläfenlappengegend in Mitleidenschaft gezogen; es entstand Worttaubheit; auch die Empfindung für das Hören der Sprachtöne ging verloren. Endlich Schwäche in allen 4 Extremitäten, Verlangsamung der Herzaction, Paresis des l. Facialis, Unbeweglichkeit, Dilatation der l. Pupille.

Vor dem Ableben noch die Diagnose einer circumscripten Meningitis der l. Hemisphäre aufgestellt.

Die Sektion bekräftigte zum Theile die Diagnose, aber erwies auch eine Ausdehnung der Erkrankung, welche aus den im Leben beobachteten Symptomen nicht in dem Maasse angenommen werden konnte.

Der tuberculöse Charakter war intra vitam nicht festzustellen.

Vielleicht konnten übrigens in den letzten Lebensmomenten solche Veränderungen auch anderer Hirntheile — Gyrus uncinatus, Thalamus opticus — eintreten, welche ihrer cumulativen Wirkung zufolge auch sonst schwer zu differenziren sind.

Pollák (Grosswardein).

---

75) **Stefan Zehery:** Ein seltener Fall von Atrophia nervi optici. (Szemészet Nro. 5 1884.)

Ein durch ein volles Fass an der l. Orbitalgegend beträchtlich verletzter 49jähr. Landmann wird bewusstlos, kommt erst nach 24 Stunden zu sich. Starke Intumescenz der ganzen l. Gesichtshäfte; Augen nicht zu öffnen. Nach Abschwellung des Gesichts- und Lidtumors sah er mit den offenen Augen absolut nichts.

Die durch den schweren Druck erfolgte Difformität war folgende: an der Stelle des l. Stirnhöckers ist eine Grube; Schläfengegend abgeplattet. Der linke obere Orbitalrand ist nach rückwärts gedrückt mit der ganzen Orbita und Maxillargegend. Der l. Bulbus hat sich so retrahirt, dass dieses Auge um 17 Mm. tiefer liegt, als das rechte. Rechts ist der Bulbus prodrudirt. Grösse und Form der Bulbi normal,

so auch die Muskelfunctionen. *Pupillen beiderseits ad maximum dilatirt* ohne Licht-Reaction.

Ophthalmoscopisch sind beide Papillen stark abgeflacht, weiss, mit einem bläulichen Schimmer. Beiderseits sind die Lücken der Lamina cribrosa sichtbar. Die Contouren der Papille scharf; Retina ringsum unverändert; Gefässe verengert; Tension normal.

Trotz der enormen Difformitäten waren keine Hirnerscheinungen aufgetreten.

Die Erblindung ist unzweifelhaft auf die *Zertrümmerung der Nervenbahn* zurückzuführen, doch bietet die Erklärung einer *doppelseitigen Erblindung* in Folge eines noch so schweren *einseitigen Trauma's* etwas mehr Schwierigkeiten.

Aller Wahrscheinlichkeit nach erlitt der kleine Keilbein-Flügel einen Bruch und gleichzeitig eine Verschiebung nach rechts, so dass *beide Opticuscanäle an dem Bruche participirten*, und der Sehnerv zerstört wurde.

Pollák (Grosswardein).

---

76) **Ed. Apolant**: Zur Casuistik der Gehirnaffectionen nach Otitis media. (Berl. kl. W. 1884. Nro. 675.)

Im Verlauf von Epistaxis und Otitis media mässigen Grades stellte sich halbseitige Gesichtslähmung und Lähmung der oberen Extremität ein ohne ausgesprochene meningitische Erscheinungen. Die Affection ging nach etwa 3 Monaten ohne Zwischenfall zurück.

Langreuter (Eichberg).

---

77) **R. Thomsen** u. **H. Oppenheim** (Berlin): Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. p. 560 u. 633.)

Die von den Verfassern zuerst bei Epileptischen unternommenen Untersuchungen über die Einengung des Gesichtsfeldes (ref. d. Centralbl. 1883 p. 566) haben dieselben jetzt weiter auf andere Erkrankungen des Centralnervensystems ausgedehnt. Die interessanten Resultate (bezüglich des Details der zahlreichen Krankheitsgeschichten muss auf das Original verwiesen werden) sind ungefähr folgende: Die sensorische Anästhesie und Hemianästhesie ist nicht characteristisch für Hysterie allein. Ihr constantestes Symptom ist die beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung, die Betheiligung der übrigen Sinnesorgane und der allgem. Sensibilität ist eine sehr schwankende. Fast alle Kranken mit sensorischen Anästhesieen weisen bestimmte psychische Anomalien auf, deren Intensität die Tiefe der Anästhesie proportional ist.

Die Erkrankungen, bei denen der fragliche Symptomencomplex von den Verfassern beobachtet wurde, sind folgende: Epilepsie, Hysterie, Hystero-Epilepsie, Alkoholismus, Nervosität, Neurasthenie, Chorea, Angstzustände, Railway-Spine und Kopfverletzungen, ferner mul-

tiple Sclerose, Westphal'sche Neurose und organische Hirnkrankheiten. — (In letzterem Falle hat die Anästhesie nicht die Bedeutung eines Herdsymptomes, sondern ist allgemeine cerebrale Erscheinung).

Langreuter (Eichberg).

---

78) **J. Dreschfeld** (Manchester): On alcoholic paralysis. (Ueber Alcoholparalyse.) (Brain Juli 1884.)

Während bei den meisten Formen des chronischen Alcoholismus das Gehirn der Sitz des Leidens ist, spielt sich bei der Alcoholparalyse oder Alcoholparaplegie der Process vornehmlich in den peripheren Nerven und dem Rückenmarke aber bei fehlender oder untergeordneter Mitbetheiligung des Gehirns. Die Alcoholparalyse tritt in zwei Formen auf: Die Alcoholataxie, bei Männern vorwiegend, gleicht ganz der Tabes, documentirt aber durch den engen Anschluss ihrer Intensität an den Alcoholgebrauch und durch das Fehlen von Arthropathien und von Augenaffectionen ihren Ursprung und ihren Character als multiple Neuritis. Durch andauernde Enthaltsamkeit von Alcohol können ihre Symptome ganz schwinden.

Die Alcoholparalyse s. s. ist bedeutend häufiger und befällt besonders Frauen. Ihr Beginn ist mehr oder weniger acut und besteht aus sensibelen, motorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen: Hyperästhesie mit oder ohne Hyperalgesie der unteren Extremitäten, Veränderung des Temperatursinnes, lancinirenden Schmerzen, Schwinden des Kniephänomens und Lähmungen der unteren und bisweilen der oberen Extremitäten, die in einigen Fällen vorzugsweise die Extensoren betreffen. Ferner Röthe und Oedem der Haut und Entartungsreaction der Nerven und Muskeln. Die sensibelen Störungen können später zu Anästhesie und Analgesie führen. Cerebrale Symptome in Form von Schlaflosigkeit, Unruhe und Delirien gehören einem späteren Stadium der Krankheit an und bilden oft die Todesursache. Die Prognose ist ungewiss. Die Behandlung, der Hauptsache nach auf Alkoholabstinenz fussend, ist im Anfang und in nicht complicirten Fällen nicht aussichtslos. In dem Falle von Alcoholparalyse, den Dr. ausführlich schildert, fand er die von Lanceraux und Moeli beschriebenen Veränderungen in den peripherischen Nerven (Ischiadicus, Cruralis), während Rückenmark und Gehirn nichts abnormes darboten. Zu erwähnen sind noch Anfälle visceraler Neuralgie, die Verf. vereinzelt und in Gemeinschaft mit anderen nervösen Beschwerden im Gefolge des chronischen Alcoholismus auftreten sah.

Matusch (Sachsenberg).

---

79) **Victor Horsley** (London): Case of occipital encephalocele in which a corect diagnosis wat obtained by means of the induced current. (Fall von O. E., bei dem die sichere Diagnose durch den inducirten Strom erzielt wurde.) (Brain, Juli 1884.)

Das ausgetragene und sonst gut entwickelte Kind wurde mit einem pendelnden Tumor am Hinterhaupte geboren, dessen grösster

Umfang $12^1/_2$ Zoll betrug. An der rechten Seite der einen Sack darstellenden Geschwulst sass eine 3 Zoll lange congenitale Narbe. In dem Sacke konnte neben flüssigem Inhalte eine festere rundliche ca. $1^1/_4$ Zoll breite Masse gefühlt werden, die aus einem nahezu in der Mitte des occiput gelegenen Loche austrat. Die Compression des Sackes bewirkte Stillstand der Respiration in tiefer Inspiration, Druck auf die *rechte* Seite erzeugte heftige allgemeine Convulsionen, besonders auf der *linken* Körperhälfte, während der Druck der linken Seite weniger deutliche Folgen hatte. Die Zuckungen hörten auf mit dem Nachlassen des Druckes. Sonst bestanden von Seiten des Gehirnes keine Störungen, die Intelligenz war anscheinend unvermindert. Bei horizontaler Durchleitung des Inductionsstromes erfolgte kein Resultat, bei verticaler aber traten rasche conjugirte Deviationen beider Augen nach der gereizten Seite ein, damit erwiesen sich die corpora quadrigemina als Inhalt des Sackes. Das Kind starb, nach dem mehrfache Punktionen mit nur vorübergehendem Nutzen vorgenommen waren, 5 Tage nach der Spaltung und Entleerung des Sackes.

Der Tumor stellte sich bei der Autopsie dar als aus zwei eiförmigen Massen bestehend, die durch einen das Loch passirenden Stiel mit dem Hinterhauptlappen zusammenhingen; die obere scheint mit ihrem histologischen Bau und bei dem Mangel der glandula pinealis die vergrösserte Zirbeldrüse zu sein, die untere wird durch die corpp. quadrigem. gebildet, beide von den normalen Hirnhäuten umkleidet. Das corp. callosum war nur durch ein dünnes Lager weissen Nervengewebes repräsentirt. Matusch (Sachsenberg).

---

80) **Howard H. Tooth:** A case of dorsal pachymeningitis. (Fall von P. dorsalis.) (Brain. Juli 1884.)

Bei der Section eines 60jährigen Mannes ohne syphilitische Antecedentien fand sich die Dura in der Mitte der Dorsalregion ca. 7 Cm. lang lederartig verdickt, das Rückenmark daselbst weich und mit sclerotischen Veränderungen in den Vorderhörnern und Hintersträngen, besonders rechts. Die kleinsten Gefässe des Markes zeigten sich entartet. T. hält die Symptomengruppe für syphilitischer Natur, ausgehend von einem Gumma der Dura.

Matusch (Sachsenberg).

---

81) **H .Obersteiner** (Wien): Ueber Pruritus hiemalis. (Wiener med. Wochenschr. Nro. 16. 1884.)

Verf. beobachtete einen Fall dieses von L. A. Duhring (Philadelphia med. Times 1884) beschriebenen krankhaften Zustandes, der dadurch charakterisirt ist, dass gegen Ende des Herbstes oder zu Anfang Winters sich heftiges Hautjucken einstellt, im Frühjahr wieder verschwindend. Praedilektionsstellen sind die Haut an den Hüften und den unteren Extremitäten namentlich die Haut über den Waden;

Hände, Füsse und Kopf bleiben immer frei. Duhring konnte nördlich von Philadelphia (40° n. B.) die Affektion häufiger, in südlichen Breiten, sowie in Europa niemals beobachten. Der Herr, den O. sah, war in Cairo ansässig (30° n. B.), also in einem überaus milden Klima, wesshalb die Einwirkung der Kälte an und für sich wohl nicht als bedingendes Moment anzusehen ist, eher konnte man an die relative Temperaturabnahme gegen den heissen Sommer denken. Der Zustand verschlimmerte sich jedesmal nach heftigeren Gemüthsaffektionen, wesshalb die Annahme, dass hier eine Neurose vorliegt, an Wahrscheinlichkeit gewinnt, übrigens ist es höchst wahrscheinlich, dass der Pruritus hiemalis auch in unseren Breiten vorkommt. Der Ausgangspunkt der Erscheinungen wird wohl in die peripheren Nerven zu verlegen sein.

Goldstein (Aachen).

---

82) **Schultze** (Heidelberg): Ueber eine eigenthümliche atrophische Paralyse bei mehreren Kindern derselben Familie.

(Berl. kl. W. 1884 p. 649.)

Die höchst merkwürdige Erkrankung betraf 3 — hereditär nicht belastete — Kinder im Alter von 3, 5 und 8 Jahren. Dieselben waren gesund geboren, lernten mit $^3/_4$ J. laufen und erkrankten sämmtlich erst nach dem 2. Lebensjahre und zwar in völlig gleicher Weise. Die *progressive atrophische Lähmung* betraf zunächst das Peroneus-Gebiet, griff dann auf die Tibiales und Crurales über *(bis zu vollständiger Klumpfussbildung)* und schritt schliesslich auf die Muskulatur der Hände und Vorderarme fort. Letzteres war nur bei dem ältesten Mädchen der Fall. Sensibilitätsstörungen zeigten sich nur unbedeutend. In den ergriffenen Muskeln und Nerven bestand complete Entartungsreaction. — Der Verf. neigt am meisten dahin, die Erkrankung für eine *multiple peripherische Affection* zu halten; bezüglich der Aetiologie enthält er sich eines bestimmten Urtheils.

Langreuter (Eichberg).

---

83) **Jacob Weiss:** Die Hysterie des Kindesalters und ihre Behandlung.

(Orvosi Hetilap Nro. 24 1884.)

Die Kinder-Hysterie stellt es ausser Zweifel, dass sich die H. auch auf anderer Grundlage, als durch Erkrankung der Geschlechtsorgane entwickeln könne; ferner beleuchtet die bei Kindern beiderlei Geschlechts vorkommende Hysterie das sonst vielfach unerklärliche der Häufigkeit der Hirnkrankheiten in diesem Alter; sie ist auch der stringenteste Beweis, dass die Hysteriker nicht bloss eingebildete Kranke sind.

Weiss illustrirt mit einigen Selbst-Beobachtungen die Thatsache, dass die Hysterie der Kinder von jener der Erwachsenen kaum abweiche. In einem Falle täuschte die H. förmlich und kaum differenzir-

bar ein Coxitis vor. In einem zweiten Falle, bei einem 14jähr. Mädchen war eine hysterische Parese der r. seitigen Peronealmuskeln — ohne Alteration der Sensibilität — durch 3 Jahre erfolglos behandelt. Plötzlich schwand der Zustand. W. meint, dass die mit motorischen Symptomen verknüpfte H. kaum einflussreich bekämpft werden könne.

Bezüglich der in diesem Alter angenommenen Simulation äussert W. sich dahin, dass trotz scheinbarer Verstellung die Simulation als erkünstelter Trug kaum wahrscheinlich ist. Er belegt diese Wahrnehmung mit der psychischen Hysterie eines 13jährigen Knaben, der nach einem Falle, ohne sich zu verletzen, anfing Stunden und Tage lang zu peroriren, wiewohl er des Nachts gut schlief, ferner mit einer fast an Epilepsie streifenden Form bei einem 14j. Mädchen welches den Anfall durch Schreck bekam. Psychische Einwirkung konnte allein die furchtbaren jeden Tag zur selben Zeit eintretenden Anfälle plötzlich beseitigen. W. acceptirt Liebermeister's Ansicht, dass die *Hysterie* eine *Psychose* sei, und sich bloss durch energisch psychische Behandlung ändere oder bessere. Die hyst. Erscheinungen können *psychisch nach Belieben beeinflusst werden.*

Weiss behauptet nach seinen Erfahrungen, dass die Hysterie im Kindesalter nur bei solchen zum Ausbruche komme, die geistig ihre Altersgenossen überragen. Stets sollen die *Wunderkinder* hysterisch werden, da ihr *geistiges Superplus eher als ein überreizter krankhafter Zustand des Nervensystems,* und folglich als ein *Defekt* zu betrachten sei, welcher sich durch weitere Entwicklung in den eigenthümlichsten krankhaften Symptomen manifestirt.

Die Behandlung der Hysterie darf nicht bloss gegen die Einzel-Symptome gerichtet sein; hauptsächlichst muss man gegen das Grundleiden ankämpfen. (Was fängt man aber an, wo bei hereditär neuropathischer Belastung — was zumeist der Fall sein dürfte — das ganze Nervensystem ab origine hysterisch constituirt ist? Da wird doch Intimidation und Energie eher schaden als nützen; und wie verändere man medicinisch die schlechtere Nerven-Qualität solcher unglücklichen Kinder? Ref.)

Pollák (Grosswardein).

---

84) **Clark Bell**: Madnes and crime. (Geisteskrankheit und Verbrechen. (Vortrag in der medico-legal society. New-York September 1884.)

Gegenstand der Arbeit ist die bekannte Definition der Unzurechnungsfähigkeit auf Grund von Geisteskrankheit im englischen und americanischen Gesetz. Die vielfach von einander abweichenden Gutachten über die Fälle Gouldstone, Cole und Guiteau geben dem Vortragenden (Jurist) Gelegenheit, die Schwierigkeit sowohl wie die Nothwendigkeit einer Aenderung des betreff. Paragraphen zu beleuchten.

Matusch (Sachsenberg).

85) **A. H. Newth**: The value of electricity in the treatment of insanity. (Der Werth der Electricität bei der Behandlung der Psychosen.) (The journ. of mental science. October 1884.)

Verf., der der Anwendung der Electricität bei Psychosen stark das Wort redet, sucht die Ursache der Misserfolge in der unpassenden Auswahl der Fälle und ungeeigneten Art der Application. Auch die Beschaffenheit der Apparate werde oft nicht hinreichend beachtet. Hinsichtlich des Modus der Application empfiehlt er die eine Electrode im Nacken in der Höhe des 2. oder 3. Halswirbels aufzusetzen, die andere an irgend einen peripherischen Ort je nach den Umständen die *sedative* Wirkung des absteigenden und die *stimulirende* des aufsteigenden Stromes sei dabei zu erwägen. In gewissen Fällen sei es gut, den Strom durch den eigenen Körper zu leiten und durch die aufgelegte Hand mittelbar zu übertragen. Matusch (Sachsenberg).

86) **H. Rayner**: Case of insanity after head-injury. (Psychose nach Kopfverletzung.) (The journ. of ment. science. October 1884.)

Ein Arbeiter, dem Trunk ergeben, fiel in der Trunkenheit vom Wagen auf das rechte Hinterhaupt. Im Verlaufe von 24 Stunden stellten sich 3 Anfälle von Convulsionen mit Zungenbiss ein. Vom nächsten Tage ab heftige Unruhe, Klagen über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, Verwirrtheit. Die Erscheinungen besserten sich langsam. Nach 2 Monaten Genesung. Matusch (Sachsenberg).

87) **Ramsden Wood**: Supposed case of acute mania, terminating in death after a succession of epileptiform attacks. (Als Manie aufgefasster Fall, Tod nach einer Reihe epileptiformer Anfälle. (The journ. of ment. science. October 1884.)

Im Krankheitsbilde wies nichts auf Paralyse hin, während die Anfälle und der Sectionsbefund kaum eine andere Diagnose zuliessen.
Matusch (Sachsenberg).

88) **Geo H. Savage**: Case of sexual perversion in a man. (Perverse Sexualempfindung bei einem Manne.) (The journ. of ment. science. Oct. 1884.)

Der Fall betrifft einen 28 jährigen, belasteten Masturbanten. S. erwähnt im Anschlusse hieran eine pervers empfindende Frau, bei deren Section sich eine infantiler Uterus vorfand.
Matusch (Sachsenberg).

89) **Fletcher Beach**: On atrophy of the brain in imbeciles. (Ueber Atrophie des Gehirnes bei Schwachsinnigen.) (Brain, Juli 1884.)

Verf. unterscheidet zwei Formen von Hirnatrophie bei Idiotie, den congenitalen Defect aus unvollständiger Entwickelung des Gehirns und den nicht immer angeborenen Defect in Folge von Verlust ursprünglich vorhanden gewesener Nervenelemente. Beispiele für die erste sind die Microcephalen, bei denen das Gehirn alle Bestandtheile des normalen aber in ungenügender Grösse enthält; zweifelhaft sei

hierbei, ob dies auf prämaturer Nahtverwachsung beruhe. Aus der zweiten gewöhnlich nach Entzündung des Gehirns und der Häute entstehenden und in verschiedenen Formen auftretenden Classe erweckt die Atrophie einer Hirnhälfte das meiste Interesse. Von den drei hierher gehörenden Fällen, die Beach beschreibt, ist der zweite durch die verhältnissmässig hohe Intelligenz des rechtsseitig paretischen Kindes ausgezeichnet. Die Section ergab enorme Erweiterung des linken Seitenventrikels, dessen Dach ausserordentlich verdünnt war. Der Schwund betraf hauptsächlich die weisse Substanz der Frontal- und Parietalregion. Der dritte ziemlich ähnliche Fall betrifft ein mit den Zeichen congenitaler Lues geborenes Kind, das erst im 4. Jahre nach einem schweren Fall hemiparetische Erscheinungen darbot und bis zum 12. Jahre, in dem epileptische Krämpfe auftraten, eine ungeschädigte Intelligenz zeigte. Matusch (Sachsenberg).

---

90) **J. Wiglesworth** und **Th. Bickerton** (London): On the condition of the fundus oculi in insane individuals. (Ueber den Augenhintergrund bei Geisteskranken.) (Brain 1884. April und Juli.)

Aus ihren eingehenden Untersuchungen ziehen die Verfasser, deren einer Ophthalmologe ist, der Hauptsache nach folgende Schlüsse: Bei Geisteskrankheit (einschliesslich aller Formen mit Ausnahme der progressiven Paralyse) sei kein Zusammenhang zwischen dem Zustande des Augenhintergrundes mit dem psychischen Verhalten aufzufinden; in der Mehrzahl der Fälle von progr. Paralyse sei der Augenhintergrund normal, weise aber in einer Minderzahl deutliche und bestimmte Veränderungen auf, die einerseits in das Gebiet der einfachen Neuritis, andererseits der Atrophie fielen. Sie seien characterisirt durch Hyperämie der Papille, deren Grenzen verwaschen seien bisweilen bis zur Unkenntlichkeit. Der Verlauf sei chronisch und könne zur völligen Atrophie führen. Die Atrophie könne aber auch das primäre sein. Die den neuritischen Erscheinungen zu Grunde liegenden pathologischen Veränderungen seien durch Wucherung des Bindegewebes gekennzeichnet, nicht nur die Trabekel, auch die Neurogliakerne hypertrophirten und vermehrten sich auf Kosten der Nervenelemente. Bei den Fällen primärer Atrophie seien die Veränderungen ähnlich, die Reihenfolge aber umgekehrt; die Nervenfasern schrumpften und die Wucherung des Bindegewebes sei secundär. In einem erheblichen Procentsatz falle Atrophie der Papillen mit spinalen Symptomen zusammen, die auf eine Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge hinweisen, dieser Zusammenhang sei aber keineswegs constant.

Matusch (Sachsenberg).

---

91) **Eugén Konrád:** Ueber die hypnotische und sedative Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskranken. (Orvosi Hetilap 37 1884.)

K. wandte das Mittel auf der Haller'schen Irrenabtheilung bei 45 Kranken an. Er verbrauchte 3010 Gramm in 550 Dosen. Guten Erfolg, d. i. einen 6—8 stündigen Schlaf erzielte er bei 33 Kranken = 74%. Versagte etliche Male die Wirkung, so waren die Insufficienz der Dose

und der Lärm in der Umgebung daran Schuld. Zweimal hatte er absolute Schlaflosigkeit beobachtet. Die Durschschnittsdose betrug 6 Gramm, doch stieg er oft auf 10, ja einmal bis 12 Gramm. Der Organismus gewöhnt sich überhaupt schnell an dieses Mittel, so dass man nach zwei Wochen mit der Dose schon steigen muss. Patienten, die einen Ekel gegen das Mittel haben, kann man es in Clysmen verabreichen, da die Wirkung ebenso sicher ist als bei der internen Application. Nach dem Gebrauche folgt Congestion, die Patienten fühlen sich betrunken und schlafen erst in $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ein, wenn sie nicht gestört werden. Der Schlaf ist wohl ruhig, aber nicht so tief, wie der normale. Viele intelligente Pat. meinten, dass nach dem Erwachen der Kopf freier ist als nach Chloralhydrat.

Besonders gut bewährte sich das Mittel bei der Dementia paralytika und bei der Hysterie. Der „*Esprit de Contradiction*“ der Hysterischen muss aber immer berücksichtigt werden. Bei zwei Hysterischen versagte das Mittel solange die Wirkung, bis K. sie nicht täuschte, dass sie Chloralhydrat bekommen; dann schliefen sie vorzüglich.

Des Tags gereicht, soll sich das Mittel nicht so gut bewähren.

Unangenehme Erscheinungen wurden von K. nicht beobachtet.

Als besondere Indicationen werden angeführt: Reizzustände der Corticalis, nervöse Schlaflosigkeit, und wo überhaupt Chloralhydrat schädlich sein könnte.

Es bewährt sich eher bei gestörtem Bewusstsein; als Sedativum ist es weniger verlässlich.

Das Paraldehyd kann man auch Herzkranken ruhig verabreichen.

Sein unangenehmer Geruch und Geschmack, sein noch immer hoher Preis, die schwächere Wirkung als die des Chloral's stehen seiner allgemeineren Verbreitung noch im Wege.

Pollák (Grosswardein).

---

92) **Franz v. Barlanghi:** Weitere Beiträge zur Aetiologie der Geisteskrankheiten. (Orvosi Hetilap 44, 51 1883.)

Die Zahl der Psychosen ist bis zum 5. Jahre verschwindend klein. Bis zum 10. Jahre nimmt die Procentzahl um 6,031 zu, von da ab steigert sie sich immer um zwischen dem 11—15. Jahre schon 10.037% zu erreichen. Zwischen dem 16—20. Jahre ist die Zunahme nicht wesentlich, die Differenz zwischen Männern und Frauen gering; dann zwischen 21—30 werden sie auffallend häufiger: 24.606%. Das folgende Decennium figurirt mit 19.330%.

Zwischen 41—50. ist eine Abnahme zu constatiren. Nach dem 50. Jahre sinkt die Zahl bis auf 7.812% herab. Nach dem 60. Jahre werden die Geisteskrankheiten immer seltener, vielleicht auch desshalb, weil solche ein höheres Alter nicht allzuhäufig erreichen.

Beschäftigung, Beruf und gesellschaftliche Stellung sind auch vom Einflusse auf die Entstehung von Psychosen. Insbesondere trifft man oft solche bei jenen Berufen, welche das geistliche und Gemüths-

leben, die Vorstellungspläne zu sehr in Anspruch nehmen; also die verschiedenen Künstler laboriren oft an Psychosen. Auch beim Militär kommen solche oft vor, insbesondere während und nach den Kriegen. Während den Feldzügen sind körperliche Strapazen, Entbehrungen, Schreckscenen, das ewig erregte Leben, übermässiger Genuss von Alcoholicis, Gefängniss, Heimweh und Krankheiten, Kopfverletzungen von sehr grossem und deletärem Einflusse. Nach verlorenen Schlachten unglücklicher Kriegführung mehren sich die Fälle.

Die in ruhiger Genügsamkeit lebende Mittelclasse ist unter allen Ständen am wenigsten den Geisteskrankheiten unterworfen.

Fabriks- und sonstige Arbeiter, Landmänner, stellen schon ein grösseres Contingent. Das zu Grunde gegangene, arbeitslose, erwerbsunfähige Proletariat verfällt aber am meisten den Psychosen.

Bezüglich des Einflusses der Jahreszeit ist ohne Zweifel der Sommer, der durch seine hohe Temperatur bei Disponirten die Krankheit zur Entwicklung drängt.

Auch das Gefängniss hat als depressive Wirkung auf Geist und Körper einen schwer schädigenden Einfluss auf die Psyche; übrigens ist es sogar fraglich ob nicht ein grosser Theil der Gefangenen schon zur Zeit ihres Vegehens oder Verbrechens, wenn nicht geisteskrank, so doch mindestens individuell dazu prädisponirt waren.

Bezüglich der allerhäufigsten Heredität ist Verf. der Ansicht, dass bei einseitiger Vererbung der Einfluss der Mutter wesentlicher ist; wenn Vater und Mutter belastet waren, wird die Disposition am stärksten ausgeprägt.

Die Eigenschaften des Vaters übergehen auf die Tochter, und umgekehrt. Für die Descendens ist es am besten, wenn Vater und Mutter schnurstraks in ihren Eigenschaften sich widersprechen und sehr schlecht, wenn sie sich gleichen, denn dadurch entsteht in den einzelnen Defekten eine Cumulation.

Darin liegt die Degeneration ganzer Generationen durch die sogenannte „*Inzucht*“.

Auch sittliche Demoralisation der Eltern disponirt die Kinder zu Geisteskrankheiten.

Der Procentsatz der hereditären Erkrankungsformen beläuft sich auf der Männerabtheilung der K. ungarischen Irrenanstalt am Leopolds-Feld in Budapest, nach einem 13 jährigen Krankenverkehr auf 14.9%.

Pollàk (Grosswardein).

---

93) **Christian** (Charenton): Dés difficultés qui présents le diagnostic de la paralysie générale. (Ueber die diagnostischen Schwierigkeiten bei der Paralyse der Irren.) (Ann. méd. psychologiques 1884 Jan. etc.)

94) **Régis** (Castel d'Andorte): Des difficultés etc. (Ann. méd. psychologiques 1884 März.)

Bei einfacher Geistesstörung oder cerebralen Affektionen überhaupt können zuweilen Symptome auftreten, die eine Paralyse vortäuschen und zur Diagnose dieser Krankheit verleiten. Es liegt alsdann ein „Syndrome paralytique“ vor, wie Chr. sich ausdrückt. Späterhin

stellt sich die Unrichtigkeit der anfänglichen Diagnose heraus. Von derartigen Fällen führt Chr. zwanzig genauer an, bespricht die Fehlerquellen in der Diagnose und untersucht den Werth der einzelnen Symptome und sonstigen Verhältnisse in Bezug auf ihre differentialdiagnostische Verwendung. Die Bemerkungen über die Unterscheidung der Paralyse von Folie à double forme führen zu einer Erwiederung Régis, der in der zweiten Arbeit seine gegentheilige Ansicht näher darlegt.

Als Anhänger der Baillarger'schen Theorie der Paralyse sieht Chr. in der Syndrome paralytique die Folie paralytique Baillarger's oder paralytiforme, wie er selbst sie lieber nennen möchte.

Otto (Dalldorf).

---

95) **John P. Gray** (Utica N.-Y.): Heredity. (Heredität.) (Am. journ. of insanity. Juli 1884.)

Verf. zieht in geistreicher Weise gegen die herrschenden Anschauungen über die Macht der Vererbung zu Felde. Die viel citirte Darwin'sche Doctrin sei dahin zu interpretiren, dass die Natur die Tendenz habe, Unzweckmässiges zu eliminiren, nicht zu vererben; Krankheit sei Tendenz zu Tod und Erlöschen. Krankheiten, die *nachweisbar* auf die Nachkommen übertragen werden könnten z. B. Syphilis endigten mit dieser ersten Generation. Keineswegs sei es erwiesen, dass Geisteskrankheit vererbt werden könne und der numerische Beweis durch Aufstellung von Stammbäumen neuropathischer Familien genüge nicht, denn Geisteskrankheit entstehe durch gewisse Ursachen ab extra, denen die Mitglieder *einer* Familie in derselben Weise und demnach mit denselben delatären Wirkungen ausgesetzt seien, wie der ersterkrankte Erzeuger. Das Vererben bestimmter Characterzüge, selbst eines bestimmten Characters, einer Neigung zu Unmoralität und Verbrechen, beruhe thatsächlich nur auf den Eindrücken der Umgebung von Kindheit auf. Unbestreitbar bestehe die Tendenz, die Art, die Raçe durch Vererbung von characteristischen äusseren und inneren Zügen zu erhalten, dies erstrecke sich aber nicht auf die pathologischen Züge. Nie seien Sechsfinger oder Siebenzeher *dauernd* auf Nachkommen übertragen worden. Ein Beispiel sei die Vererbung der Selbstmordneigung; diese resultire in evidenter Weise als Nachahmungstrieb, aus verschiedenen äusseren Umständen, aber von einer Tendenz sich zu propagiren, könne nicht die Rede sein. Ein äusserst günstiges Terrain sei der „Vererbung" in den Verbrecherkolonien in Australien und in der ursprünglichen Ansiedelung Amerikas geboten worden und doch unterschieden sich die Nachkommen nicht von Unbelasteten. — In scharfer Polemik wendet er sich besonders gegen einige Psychiater, die die Theorie soweit fortweisen, dass sie in jedem Verbrecher einen Kranken sehen. Das habe so weit geführt, dass es für einen kostbaren Fund angesehen werde, wenn der Sachverständige in der Familie des Angeklagten einen Fall von Geisteskrankheit entdecke. Zuweilen scheint es aber, als gehe auch beim Verfasser die „Theorie mit ihm durch;"

wenn er die Vererbung einer neuropathischen Diathese leugnet, aber einräumt, dass Personen aus s. g. belasteten Familien sich vor Schädlichkeiten mehr zu hüten hätten als solche aus gesunden, so nimmt er doch offenbar eine „Diathese“ an, und wenn er anführt, dass die Indianer trotz der Civilisation und der zerstörenden Einwirkungen der Immigranten ihre ursprüngliche Eigenschaften bewahrt haben, so spricht dies doch *gegen* den von ihm urgirten Einfluss der Umgebung. Gray schliesst: „Was ich bekämpfen wollte, ist die Ansicht der directen Uebertragbarkeit der Krankheit als solcher, die monströse These des wissenschaftlichen Pessimismus, dass die Abnormitäten des menschlichen Organismus einen ebenso stabilen Character annehmen könne, wie seine vivida vis selbst“, er geht somit einer Uebertreibung zu Leibe, macht sich aber leider selbst der Uebertreibung schuldig.

Matusch (Sachsenberg).

---

96) **Putnam Stearns:** Progress in the treatment of the insane. (Fortschritte in der Behandlung der Irren.) (Amer. journ. of insanity. Juli 1884.)

Der Vortrag giebt eine Uebersicht über die Fortschritte in der Psychiatrie nach den vier Gesichtspunkten: Irrenanstalt, No restraint, Beschäftigung und persönliche Freiheit an der Hand amerikanischer Schriftsteller der letzten 50 Jahre. Der Vortrag enthält manche interessante Einzelheiten, die sich der Wiedergabe in einem Referat entziehen.

Matusch (Sachsenberg).

---

97) **H. Obersteiner** (Wien): Die Beziehungen der Syphilis zur Dementia paralytica. (Wien. med. Wochenschr. Nro. 33 u. 34. 1883.)

Zur Prüfung vorliegender Frage stellte Verf. ein Material von 1000 Geisteskranken aus den höheren Ständen zusammen. Davon waren 660 männlichen und 340 weiblichen Geschlechts und litten an Dementia paralytica 175 (171 M. und 4 W.). Syphilis konnte mit Sicherheit bei der Gesammtzahl der Kranken nur 73 mal (72 M. und 1 W.) nachgewiesen werden. Paralyse und Syphilis trafen zusammen bei 37 männlichen Kranken; bei 21,6% der männl. Paralytiker war Syphilis sicher vorausgegangen und 51,4% jener mit Syphilis behafteten Personen, welche später geisteskrank wurden, verfielen der progressiven Paralyse. Unter den 171 männlichen Paralytikern befanden sich 63, bei welchen eine Ursache der Krankheit nicht auffindbar war, bei 15,4% waren es deprimirende Einflüsse, bei 12% Schädeltraumen. Die Syphilis nimmt also unter den Ursachen den ersten Rang ein. Von 825 Geisteskranken (nicht Paralytiker) hatten nur 35 also blos 4,1% früher nachweislich an Syphilis gelitten.

Das Auftreten der Paralyse schwankte von 2—14 Jahren nach acquirirter Syphilis, und fällt vorwiegend in die Zeit des Auftretens der tertiären Symptome überhaupt. Auch von pathologisch-anatomischer Seite glaubt Verf., stände der Annahme nichts im Wege, die Dementia paralytica den übrigen Symptomen der tertiären Syphilis

anzureihen. Verf. nimmt einen entzündlichen Process, namentlich in der Grosshirnrinde mit Ausgang in Sclerose, an, wie er als Folge von Syphilis auch in den anderen Organen z. B. in der Leber beobachtet ist. Einige Punkte fordern auf, nach Syphilis zu forschen, wenn nicht die Anamnese schon darauf hinwies; diese sind 1) das frühzeitige Auftreten der Paralyse, 2) abnorm erweiterte Pupillen, 3) der Verlauf der Krankheit während einer antiluëtischen Behandlung.

Goldstein (Aachen).

---

98) **W. Sander** (Dalldorf): Ueber eine neue Methode der Lagerung Gelähmter und Unreinlicher. (Berl. kl. W. 1884 p. 651.)

Die Methode des Verf. — deren Vortheile Ref. aus eigenem Augenschein in vollem Maasse bestätigen kann — ist die Folgende: Es werden 15—20 Kilogr. „Holzwolle“*) auf dem mit einem gewöhnlichen Leinenlaken bespreiteten Gitterboden einer Bettstelle gleichmässig ausgebreitet. Auf dies wird der Kranke entweder nackend oder höchstens mit einem Hemde bekleidet gebettet. Das Hemde darf natürlich hinten nur bis auf halbe Rückenhöhe heruntergehen. Kopfkissen und Ueberdecke vollenden das Lager. Die vom Decubitus-secret oder Fäkalien und Urin verunreinigten Parthien der Holzwolle werden so oft es nöthig abgehoben und durch neues Material ersetzt. Der täglich nothwendige Ersatz beträgt täglich $^1/_2$—1 Kilogr. — Ein solches Lager ist elastisch, anschmiegend, angenehm kühl, es saugt die Excrete bis zu einem gewissen Grade auf und vermindert dadurch deren schädliche Einwirkung auf Körper, wirkt also prophylactisch gegen Decubitus. Wenn solcher auf andere Weise entstanden ist, können die Kranken selbst mit den ausgedehntesten offenen Wundflächen direct in die Holzwolle gelegt werden. Eine Vermengung derselben mit desinficirenden Stoffen ist bei Geisteskranken wegen der Gefahr des Verschluckens unthunlich. — Wenn alle Miseren einer Anstalt mit zahlreichen Paralytikern, das schwierige Reinigen und Verbinden, der immense Wäsche- und Verbandstoff-Verbrauch in Betracht gezogen werden, kann der vorläufig noch ziemlich hohe Kostenpunkt des Sander'schen Verfahrens nicht in Frage kommen. Langreuter (Eichberg).

---

99) **Paul Radestock**: Genie und Wahnsinn. Eine psychologische Untersuchung. (Breslau 1884. VII. u. 78 pag.)

Die mit zahlreichen literarischen Anmerkungen versehene Abhandlung ist nicht ausschliesslich für gelehrte Kreise berechnet. Sie will eine Vergleichung der Genialität und der Geistesstörung vom Standpunkte der physiologischen Psychiologie geben. Verf. meint damit einen Beitrag zur Erklärung des eigentlichen *Wesens* der Genialität zu liefern. Die physiologische somatische Grundlage der Beziehung zwischen Genie und Wahnsinn sieht er in einer *„höheren centralen „Reizbarkeit* und Reizung, welche die Geistesstörung begünstigen und

*) Verbandstoff-Fabrik von Paul Hartmann in Heidenheim (Würtemberg).

„durch das Mitwirken anderer Momente dazu führen kann, während „sie ohne dieses Mitwirken einen Mittelzustand zwischen den normalen „und anerkannt abnormalen Functionen bildet.“ Verf. sucht nun die Vergleichung im Einzelnen weiter auszuspinnen, indem er auch bei dem Genie „die veränderte, theils verstärkte, theils geschwächte Reac„tion auf äussere Eindrücke und Veranlassungen, die Macht der Ein„bildungsvorstellungen, die Schwäche des Willens dem Verlauf der „Vorstellungen wie mächtigen Leidenschaften und Trieben gegen„über, die Spaltung der Persönlichkeit, die schnelle Aufeinanderfolge „der Vorstellungen, die Kraft und den raschen Wechsel der Affecte „und Triebe“ als mit dem Wahnsinn ähnliche Momente, die nur in „der eigentlichen Geisteskrankheit viel stärker und schärfer hervortreten,“ nachweist. (Ob damit etwas zur Erklärung des eigentlichen Wesens der Genialität beigetragen wird ? !) Verf. vindicirt seiner Abhandlung ferner einen *practischen* Zweck, indem er meint, dass der Hinblick auf die Gefahr, die in der nachgewiesenen Verwandtschaft des Genies mit dem Wahnsinn beruhe, „die Willenskraft „genialer Menschen stärken soll, dass sie die schädlichen Mo„mente der Hingabe an mächtige Affecte, der geistigen Ueberan„strengung u. s. w. möglichst von sich fern halten oder ihre Wir„kung abschwächen. . . . . Was hier die Selbstzucht thut, kann „noch früher und zum grösseren Vortheil der Individuen durch die „Erziehung von Seiten der Eltern und Lehrer geschehen.“ Die specielleren Rathschläge, die Verf. hieran anknüpft, wird jeder Verständige gern unterschreiben; sie gehen freilich nicht über das hinaus, was Psychiatrie und Pädagogik gleichermassen auch sonst als nothwendige Massregeln zur Verhütung von Geistesstörungen, soweit solche Aufgabe der Erziehung, aufstellen; sind also von dem psychologischen Nachweis der Verwandtschaft von Genie und Wahnsinn kaum abhängig.

Wen es interessirt, ein reiches Material über psychische Krankheitszustände und Eigenthümlichkeiten bedeutender Menschen gesammelt vor sich zu haben, dem können wir R.'s Genie und Wahnsinn bestens empfehlen. D e h n (Hamburg).

---

100) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Schwere Verletzung der Mutter und der Frau, wahrscheinlich in transitorischer Geistesstörung a potu. Fakultätsgutachten der Grazer medicinischen Fakultät.

(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 35. Jahrg. 5. Heft Septemb. u. October 1884.)

Akten. Am 13. Okt. 82. Abends gegen 6 Uhr wird der in der Küche betrunken und schlafend daliegende Pave L. von seiner mit den Schafen heimkehrenden Mutter aufgefordert, ihr behülflich zu sein, oder schlafen zu gehen. Er steht auf, wirft sie zu Boden, kniet ihr auf die Brust und sagt: „Jetzt werde ich euch Beiden die Köpfe abschneiden,“ und verwundete sie dann durch Stich und Schnitt an linker Halsseite und linker Hand. Dann ruft er seine Frau herbei, sagt, „jetzt werde ich euch Beide expediren“ und verletzt die Flehende

in der linken Hals- und der Hinterhauptgegend, legt sie dann auf den Rücken, zieht ihr eine Spanke aus und küsst sie mit den Worten: „Der todte Körper wird mir verzeihen.“ Sodann bringt er sich mit einer nur mit Pulver geladenen Pistole eine leichte Verletzung am Kinn bei. Die Frauen werden nach drei Stunden in ihrem Blute liegend gefunden. L. sagt, er habe sich mit Wein berauscht und sei eingeschlafen, da seien zwei Weiber gekommen und hätten ihn angeschrieen; die weiteren Ereignisse wisse er nur von den Leuten. Später macht er seine Trunksucht als Ursache seiner Handlungsweise geltend. Am 11. 10. von seiner Frau wegen der häufigen Trunkenheit zur Rede gestellt, zerschlug L. im Zorn mit der Holzhacke den Kessel seines Destillationsapparats und drohte, sie zu tödten. Vom 12. bis 13. hat er mit seiner Frau und dem Zeugen V. 12 Liter Wein consumirt.

Vorleben des L. Die Frau des L. gibt an, dass vor 2 Jahren alle 4 Söhne an Diphteritis starben, sowie dass L. in Folge des Geredes einer Wahrsagerin ihr die Schuld am Tode der Kinder beimass. Seitdem habe er sie häufig gemisshandelt. Auch andere Zeugen bestätigen seine Brutalität in den häufigen Rauschzuständen des Gewohnheitstrinkens. Geisteskrankheit ist in seiner Familie nicht vorgekommen. Er war früher gut und fleissig, änderte sich erst seit dem Tode der Kinder, ist 50 Jahre alt. Das gerichtsärztliche Gutachten lautet auf Schlaftrunkenheit zur Zeit der That.

Fakultätsgutachten. Dasselbe wird erschwert durch Lückenhaftigkeit und Widersprüche in den Erhebungen über Person und Vorleben des Thäters, sowie über den geistig-körperlichen Znstand nach der That und später. Auch ist die Amnesie nicht durch Kreuzverhör erwiesen.

1. Es steht fest. dass L. seit Jahren Alkoholexcesse beging und in Folge dessen, wie alle Trinker, ethisch verwilderte. Angabe über körperliche Zeichen des Alkoholismus chronicus fehlen.

2. L. war am 13. durch Uebermass geistiger Getränke geistig abnorm. Die That und der Selbstmordversuch mögen ihn dann ernüchtert haben.

3. Der Gesammteindruck ist der eines pathologischen Geisteszustandes. Ob trunkfällige Sinnestäuschung oder hallucinatorisches Delirium vorlag, lässt sich nicht entscheiden. Der krankhafte Geisteszustand zur Zeit der That wird erwiesen durch ihre Motivlosigkeit, Brutalität, das verkehrte Handeln nach derselben, sowie die defekte Erinnerung. Es lässt sich daher mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit annehmen, dass L. sich zur Zeit der That in einem geistig unfreien, sogenannten bewusstlosen Zustande befunden habe.

Die persönliche Exploration des Angeklagten würde heute ein Jahr nach der That, wenig Erfolg versprechen.

Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 10. Januar 1885. (Le Progrès méd. Nro. 3 1885.)

101) **Phillipeaux** macht über die *Durchschneidung der beiden Nervi Vagi* folgende Mittheilung. Bekanntlich gehen Thiere (besonders Ratten und Meerschweinchen) vier oder fünf Tage nach der vorerwähnten Operation zu Grunde. Wenn jedoch die Nerven nach einander bei einem Intervall von mindestens 14 Tagen durchschnitten werden, hat P. die Thiere am Leben erhalten können. Es lässt sich hieraus (speciell in Bezug auf die Ratte) der Schluss ziehen, dass für die Regeneration des N. Vagus mindestens 14 Tage erforderlich sind.

102) **Quinquaud:** *Experimentelle Untersuchungen über die Muskelkraft in Beziehung zur motorischen Excitabilität der Nerven.* Wird einem Hunde der Ischiadicus durchschnitten, so tritt der vollständige Verlust der motorischen Reizbarkeit des Nerven, bei gradueller Abnahme nach 4 Tagen ein. Es kam nun Q. hauptsächlich darauf an, die Variationen der Excitabilität des durchnittenen Nerven während der ersten 24 Stunden zu bestimmen. Dabei ergab sich das Resultat, dass die Reizbarkeit des Nerven 24 Stunden später dasselbe Verhalten zeigt wie eine Viertelstunde nach der Durchschneidung.

Rabow (Berlin).

II. Academie de Médecin.

Sitzung vom 13. Januar 1885. (Le Progrès méd. Nro. 3 1885.)

103) **Boudet:** *Ueber Behandlung des Darmverschlusses mit dem galvanischen Strome.* Die eine möglichst tief in das Rectum einzuführende Electrode steht durch einen Kautschuckschlauch mit einem mit Salzwasser gefülltem Irrigator in Verbindung. Die andere Electrode wird je nach dem Falle auf das Abdomen oder den Rücken applicirt. Die Stromstärke schwankt zwischen 10 und 50 Milliampères, die Dauer der Application zwischen 5 und 20 Minuten. Unter 61 Fällen am Darmverschluss war der galvanische Strom 17 Male wirkungslos. Herzschwäche bildet die einzige Contraindication für die Anwendung dieser Methode.

Rabow (Berlin).

III. Société médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 9. Januar 1885. (Le Progrès méd. Nro. 3 1885.)

104) **Desnos** hat mehrere Fälle von *Ischias mil Methylchlorür* nach der von Debove vorgeschlagenen Methode behandelt. Es trat schnelle und vollständige Heilung ein. In einem Falle war jedoch das Mittel ganz wirkungslos geblieben.

Rendu hat bei einer doppelseitigen Ischias Besserung mit Methylchlorür erzielt. In anderen Fällen hat er Aetherzerstäubungen angewandt. Dieselben verdienen schon deshalb den Verzug, weil sie nicht Brandschorfe setzen wie das das Methylchlorür thut.

Bucqoy hat das Mittel in vier Fällen versucht (1 Mal bei Tic douloureux und 3 Male bei Ischias). Wirklicher Erfolg war nur einmal sichtbar.

Sevestre hat nach 6 oder 8 Zerstäubungen von Methylchlorür eine hartnäckige Ischias geheilt.

Sailler macht auf den unerträglichen Geruch dieses Mittels aufmerksam.

Legroux hat 3 Fälle von Ischias erfolglos mit Methylchlorür behandelt nnd nach demselben Brandschorfe und Erysipel auftreten gesehen. Rabow (Berlin).

IV. Société de Chirugie.

Sitzung vom 17. Dezember 1884. (Le Progrès méd. Nro. 51 1884.)

105) **Poulet** theilt die interessante *Beobachtung von epileptoidem Zittern des Armes in Folge von Verwundung durch eine Feuerwaffe mit.* Die Dehnung mehrerer Nervenäste in der Achselhöle führte schnelle Heilung herbei.

106) **Ferrier**: Ueber *Albuminurie* bei Operationen *mit Chloroformanästhesie.* In 9 Untersuchungen von Urin, der von chloroformirten Kranken stammte, wurde sechs Male die Anwesenheit von Eiweiss constatirt. Diese Albuminurie scheint mehr zu der Anästhesie selbst als zu ihrer Dauer in Beziehung zu stehen. Rabow (Berlin).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 2) Langenhagen, (Idiotenanstalt) Director, 1. April. 4500 M. Anfangsgehalt, freie Wohnung etc. Meldung an das Comité zur Errichtung von Idiotenanstalten in Hannover. 3) Ueckermünde, Assistenzarzt 1. April, 1200 Mark freie Station I. Classe. 4) Saargemünd, II. Assistenzarzt, April, 1000 Mark Anfangsgehalt und freie Station. 5) Hamburg, (Friedrichsberg) Assistenzarzt, 15. März, M. 1440 im ersten, M. 1620 im zweiten Jahre, in jedem folgendem M. 1800 und freie Station Verpflichtung auf 2 Jahre. 6) Grafenberg (Düsseldorf), Assistenzarzt sofort, M. 900 und freie Station I. Classe.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. März 1885. Nro. 5.

INHALT.

I. Originalien. I. A. Eulenburg: Ueber Complication von peripherischer Facialparalyse mit Zoster faciei. II. L. Goldstein: Einige Bemerkungen zu den neueren Arbeiten über die Einwirkung der Wärme auf die Centren der Athmung, sowie der Herz- und Gefässnerven.

II. Original-Vereinsberichte. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

III. Referate und Kritiken. Danillo: Ueber die arteriellen Sulci an der inneren Schädeloberfläche bei Primaten und Mikrocephalen. Greene: Gehirnläsion. Stephan: Zur Lehre von der Rindenlocalisation. Bernard: Cysticercus cell. im Gehirn. Mollenhauer: Rückenmarkserkrankung. Götze: Beitrag zur Frage nach dem Zusammenhang gewisser Neurosen mit Nasenleiden. Krüche: Die Pseudotabes der Alcoholiker. Ballet: Hemiatrophie der Zunge bei Tabes. Spitzka: Tabes dorsalis. Ollive: Lähmung bei Chorea. Bourneville et Bonnaire: Hystero-Epilepsie bei einem Manne. Mann: Aphasie. Müller: Zur Einleitung in die Electrotherapie. Clevenger: Psycho-Therapie. Merces: Osmiumsäure gegen Ischias. Shray: Die Irrenheilanstalt ein therap. Hilfsmittel: Rosenbach: Ueber den psychischen Mechanismus der Wahnideen in der primären Verrücktheit. Burr: Besserung der Paralyse nach profusen Eiterungen. Lunier: Die Bewegung der Geisteskrankheiten in Frankreich von 1835—1882.

IV. Miscellen. Irrenstatistik in Oesterreich.

V. Tagesgeschichte. Vierter Congress für innere Medicin.

VI. Personalien.

I. Originalien.

I.

Ueber Complication von peripherischer Facialparalyse mit Zoster faciei.

Von Prof. A. EULENBURG (Berlin).

Unter Bezugnahme auf den in Nr. 1 d. J. (pag. 19) referirten Voigt'schen Fall gestatte ich mir darauf zu verweisen, dass ein offenbar sehr ähnlicher Fall von *peripherischer Faciallähmung combinirt mit Zoster facialis (und occipito-corollaris)* in der unter meiner Leitung gearbeiteten Inaugural-Dissertation von P. David *„casuistische Beiträge zur Elektrodiagnostik und Symptomatologie der peri-*

pherischen Facialisparalysen“ (Berlin 1884) als Fall XII (pag. 40) kurz mitgetheilt ist.

Der (aus meiner Greifswalder Privatpraxis vom Jahre 1878 entnommene) Fall wird an der citirten Stelle wie folgt resumirt: „Frl. S. — erscheint mit einer completen linksseitigen Gesichtslähmung die allmählig entstanden sein soll. Vorher sechs- bis siebentägige Schmerzen in der Ohrgegend. Angeblich Lähmung durch Zugluft herbeigeführt. Mit dieser Lähmung zugleich trat ein Herpes zoster auf; zuerst erschienen Bläschen vor dem linken for. stylomastoid. und der linken articulatio mandibularis, dann in der seitlichen Halsgegend bis zur Mittellinie, nach hinten links oben an den Halswirbeln und ersten Dorsalwirbeln. Röthung und Schmerzhaftigkeit, jetzt im Nachlassen begriffen; die Bläschen sind zum Theil schon abgeheilt. Druckpunkte im Trigeminusgebiet (bes. Supraorbitalis), auch Facialisstamm, Halssympathicus, Dornfortsätze besonders des 3—5. Halswirbels und entsprechende Querfortsätze links sehr schmerzhaft. Uvula steht gerade, Geschmack links vermindert, Zunge weicht etwas nach links ab; Gehör ohne Störung. Elektrischer Befund: Faradische und galvanische Nervenreizbarkeit in Stamm und Zweigen des linken Facialis nicht merklich vermindert; faradische und galvanische Muskelreizbarkeit links ein wenig herabgesetzt“. — Es handelte sich somit um eine leichtere Form von peripherischer Faciallähmung; der Verlauf war dem entsprechend ein günstiger, doch stehen mir leider genauere Notizen darüber nicht mehr zu Gebote.

Die offenbar ausserordentlich seltene Complication von einseitiger Faciallähmung mit Zoster faciei (et cervicis) bietet in theoretischer Hinsicht ein nicht geringes Interesse; es fragt sich nämlich, ob in diesen Fällen eine und dieselbe ätiologische Noxe, welche die Faciallähmung bewirkte, auch den Zoster herbeiführte, den wir ja als eine *irritative entzündliche Neurose*, als abhängig von einem *(acuten) Reizzustande trophischer Nervenfasern* aufzufassen gewohnt sind. Es knüpft sich hier weiter die Frage an, ob *im Stamm des Facialis selbst* wenigstens streckenweise Fasern verlaufen, deren entzündlicher Reizzustand den Zoster vermittelt — welche also als *trophische Nervenfasern* der Gesichts- und Halshaut anzusprechen sein würden, ähnlich wie dies in Betreff der schweisssecernirenden Fasern neuerdings von manchen Seiten auf Grund pathologischer Thatsachen angenommen wird. Alsdann bliebe noch die Schwierigkeit, dass die ätiologische Noxe, resp. der dadurch hervorgerufene neuritische Zustand in den trophischen Fasern irritirend, in den motorischen dagegen sofort und ausschliesslich lähmend einwirke. Einer ähnlichen Combination von Zoster mit motorischer Lähmung begegnen wir übrigens zuweilen auch in anderen, motorischen oder gemischten Nervengebieten, z. B. am Plexus brachialis; vielleicht lässt sich auch eine Beobachtung von Vernon (St. Bartholomews-Hosp. rep. IV 1868) — Zoster ophthalmicus in Verbindung mit partieller Paralyse des Oculomotorius: des Levator palpebrae sup. und Rectus int. — hierher rechnen.

II.

Einige Bemerkungen zu den neueren Arbeiten über die Einwirkung der Wärme auf die Centren der Athmung, sowie der Herz- und Gefässnerven.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

Die von Ackermann (Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1866 October) gefundene Thatsache, dass Erhöhung der Körpertemperatur eine Steigerung der Frequenz und Energie der Athembewegungen zur Folge hat, wurde vor 12 Jahren von mir unter A. Fick's Leitung einer experimentellen Kritik unterzogen und vollauf bestätigt. Dabei stellte es sich heraus, dass es ausschliesslich die Erhöhung der Bluttemperatur in den Hirngefässen ist, welche diese Wirkung in den Centren der Athembewegungen — also vorwiegend in der medulla oblongata — hervorbringt. (L. Goldstein: Ueber Wärmedyspnoë. Verhandl. der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. II. Band.) Abgesehen von der Wichtigkeit dieser Erscheinungen für die Physiologie musste auch die Pathologie ein nicht zu unterschätzendes Interesse an ihnen nehmen, da es auf den ersten Blick einleuchtet, dass die Steigerung der Athemfrequenz im Fieber auf eben diese Weise hervorgerufen wird. Die ausschliessliche Erhöhung der Temperatur der Hirngefässe war dadurch hervorgerufen, dass wir die Carotiden von Hunden und Katzen in eigenthümlich geformte kleine Wärmeröhrcheu legten, durch welches abwechselnd heisses und kaltes Wasser strömte. Gegen unsere Auffassung brachte nun zunächst Sihler (On the so — called heat dyspnoia. Journal of Physiol. Vol. II. p. 191) Bedenken vor, indem er die entstandene Athemvermehrung auf eine Reizung sensibeler Nerven der Haut und bei der Erwärmung der Carotiden auf eine Ueberhitzung verwundeten Gewebes und damit wieder auf periphere Nervenreizung zurückführte. Dagegen sei nun zunächst erwähnt, dass wir beim Erforschen des Angriffspunktes der Wärme allererst an die Nerven der gesammten Hautperipherie gedacht haben, da ja anderweitige Erregungen peripherer Nervenendigungen modificirend in den Athemrythmus eingreifen und möglicherweise Erhöhung der Körpertemperatur ebenfalls derartig hätte wirken können. Allein der Versuch belehrte uns, dass während hoher Innentemperatur kalte Begiessung der Haut von keinerlei Einfluss auf die Athmung waren, mithin die erhöhte Temperatur die peripheren Nerven in dieser Beziehung nicht alterirte. Andererseits haben wir eine Verbrennung der durch die Carotidenpräparation gesetzten Wunde nicht beobachtet, denn da unsere Thiere nach dem Versuch noch lange lebten, hätten wir doch die Folgen dieser Verletzung beobachten müssen. Ausserdem hätte Sihler Recht, und wäre die Reizung peripherer Nerven in der Wunde die Hauptursache, so wäre meines Erachtens die Einwirkung kalten durchströmten Wassers nicht von dem prompten Erfolge begleitet gewesen, wie wir ihn sahen. Und ferner, hätte nicht mit dem Aufhören des Versuches die erhöhte Frequenz der Athmung noch andauern müssen, da der Entzündungsreiz noch Tage lang gewirkt hätte?

Indessen hat neuerdings v. Mertschinsky (P. v. Mertschinsky: Beitrag zur Wärmedyspnoë, Würzburg 1881 bei Stahel) den Einwand Sihler's gänzlich dadurch beseitigt, dass er die Carotiden in ihrem ganzen Verlaufe am Halse frei präparirt und zwischen dieselben und das unterliegende Gewebe zunächst ein dünnes Kautschukplättchen und dann eine 2 Mm. starke Filzlage legte. Dadurch ward eine genügend wirksame thermische Isolation zwischen Wärmeröhren und Wunde geschaffen. Dass Sihler's Abbinden der Carotiden von zweifelhaftem Werthe zur Controle der Athmungserscheinungen ist, hat v. M. berichtet, denn das in den Carotiden gerinnende Blut, welches einen festen Strang darstellt, leitet wegen der dauernden Berührung mit den heissen Wärmeröhren viel mehr Wärme zur oberen Halsgegend, als das bei offenen Carotiden die Wärmeröhren mit grosser Geschwindigkeit passirende Blut. Nachdem sich v. M. nun an ausgeschnittenen Kaninchencarotiden überzeugt hatte, dass bei Anwendung meiner Methode eine Temperatursteigerung des dem Kopfe zuströmenden Blutes und der von diesem durchströmten Gewebe ertheilt werden kann, welche mit der Temperatursteigerung im Fieber von durchaus gleicher Ordnung ist, ging er unter Anwendung des Gad'schen Aëro-Pletysmographen daran, die Art und Weise der Dyspnoë, sowie den Angriffspunkt des erwärmten Carotidenblutes genauer festzustellen. Zunächst lehren die Curven die Unrichtigkeit der Sihler'schen Vermuthung, dass jede Wärmedyspnoë eine Kohlensäuredyspnoë sei, indem die venöse Beschaffenheit des Blutes eine Folge der durch die erhöhte Temperatur angeregten Stoffwechsels sei. Die oberflächlichste Besichtigung der Curven zeigt, dass diese beiden Dyspnoëarten sehr verschiedene Dinge sind. Dann zeigen sie, dass das Charakteristische der Wärmedyspnoë, die eine ganz typische Form hat, in Beschleunigung, Verflachung, Abnahme der respiratorischen Anstrengung und Erhöhung der Athemgrösse (Rosenthal) besteht. Die Anwendung von feineren Hilfsmitteln, die uns damals noch nicht zu Gebote standen, ermöglichten die genaue Feststellung der Form, die von unserer in mancher Beziehung abweicht, aber wohl als die richtige heute angesehen werden muss. Da aber das Ausbreitungsgebiet der Carotis ein sehr grosses ist, so versuchte v. M. zur Erhärtung der von uns aufgestellten Behauptung, dass die medulla oblongata der Angriffspunkt der Wärme sei, zunächst die Reflexwirkung des Trigeminus nach eröffneter Schädelhöhle und Exstirpation der Vorderhälften der Grosshirnhemisphären mittelst Durchschneidung der frei präparirten Trigeminuswurzeln auszuschliessen. Doch damit noch nicht genug, trennte v. M. auch noch die medulla oblong. vom Gehirnstock, um die oberhalb der medulla gelegenen Theile, welche nach Christiani einen gewissen Einfluss auf die Athmung ausüben, auszuschalten. Und nun wurde die medulla oblongata direkt vom heissen Wasser getroffen und die Curven zeigen, wie auch jetzt noch Dyspnoë eintrat. Freilich fehlt die Verflachung der Athemzüge und das Ansteigen der respiratorischen Mittellinie, wesshalb v. M. es zwar über allen Zweifel erhaben hinstellt, dass der Athemtypus vom Temperaturzustande des Athemcen-

trums in der medulla oblongata abhängt, dass aber die Athemform, welche bei Erwärmung des Carotidenblutes resultirt als Folge der Einwirkung der Wärme auf die *Summe* der die Athmung beinflussenden Centralorgane anzusehen ist. Obwohl nun Senator (Ueber einige Wirkungen der Erwärmung auf den Kreislauf, die Athmung und Harnabsonderung. Arch. f. Physiolog. Suppl.-Bd. 1883) anerkennt, dass durch diese Arbeit der direkte Einfluss der Wärme auf die medulla oblongata nachgewiesen ist, glaubt er doch, dass ausserdem noch andere zu den Athembewegungen in Beziehung stehende Nervenapparate durch die Erwärmung zu veränderter Thätigkeit angeregt werden. Mit Sihler spricht auch er die Reizung sensibeler Hautnerven an, wenn er auch nicht, wie dieser in ihnen den einzigen Factor in dem Hervorbringen der Dyspnoë sieht. Er erklärt sich diesen Einfluss der Hautnerven dadurch, dass die erhöhte Athemfrequenz in seinen Versuchen fast unmittelbar mit der Erwärmung der Haut eintritt, noch bevor eine wesentliche Steigerung der Innentemperatur zu verzeichnen ist, ja einmal dieselbe schon eintrat, als die Innentemperatur noch im Sinken begriffen war. Ganz abgesehen davon, dass die Innentemperatur schon im Steigen begriffen sein konnte, bevor das im Rektum liegende Thermometer dies kund that, muss man doch betonen, dass Verf. eine jede Narcose unterliess, mithin die störenden Einflüsse des Grosshirns, das ja bekanntlich — namentlich durch den Zustand der Beängstigung — im Anfange eines jeden Versuches die Athmung zu beeinträchtigen pflegt, nicht ausschaltete. Wie schon oben bemerkt, konnten Fick und ich bei unseren Versuchen eine Einwirkung der abgekühlten Haut auf die Athmung bei hoher Innentemperatur nicht beobachten, ja die höchsten Respirationszahlen wurden sogar erst nach dieser Abkühlung beobachtet.

Bei Senator trat die Verlangsamung der Athmung theils direkt bei Abkühlung der Haut bei hoher Innentemperatur, theils erst nach Sinken der letzteren ein. Er ist daher geneigt, eine doppelte Einwirkung der Wärme bei allgemeiner Erwärmung des Körpers anzunehmen, indem zunächst die Reizung der sensibelen Nerven und dann die Beeinflussung der Athmungscentren anzuschuldigen seien. Auch die anfängliche Vertiefung der Athemzüge die nach v. M. ja bei der „cephalischen Wärmedyspnoë“ nicht statt hat, scheint ihm dafür zu sprechen. Graphische Darstellungen sind nicht beigegeben, aber es machte auf den Verf. den Eindruck, als ob die Athemzüge vertieft seien. Wir zeichneten diese Vertiefung auch bei Erwärmung des Carotidenblutes auf, doch ich gestehe zu, dass die von v. M. erhaltenen Curven besser der Wirklichkeit entsprechen. Den stärkeren Kohlensäuregehalt des Blutes lässt auch Senator als Ursache nicht gelten. Alles in allem genommen, scheint mir doch die Einwirkung der Wärme auf die sensibelen Nerven der Haut nicht erwiesen zu sein, weder als Hauptursache zum Zustandekommen der Dyspnoë, wie Sihler es will, noch als Nebenfactor, wie Senator es supponirt und wir müssen dabei stehen bleiben, dass die Einwirkung der Wärme sich in den Centren der Athmung einzig und allein geltend macht. —

Wohl zu beachten sind die Ergebnisse, welche Senator aus seinen Blutdruckmessungen zieht. Zunächst betont er, dass im Allgemeinen mit dem Steigen der Körpertemperatur über die Norm auch der Blutdruck steigt und dann, dass bei abnorm hohen Temperaturen der Blutdruck beweglicher, d. h. leichter zu Schwankungen und besonders zum Absinken von der während des Ansteigens der Temperatur erreichten Höhe geneigt ist. Wie diese Drucksteigerung zu Stande kommt, lässt er unentschieden und hebt nur hervor, dass es eine direkte Einwirkung des erwärmten Blutes auf das Herz oder die nervösen Centren, nicht aber eine Reflexwirkung durch die sensibelen Nerven der Haut sei. Bei der Einwirkung der Wärme auf Frequenz und Wellenhöhe des Pulses, glaubt Verf. sowohl an die Wirkung der Wärme auf das Herz, als auf die medulla oblongata. Er glaubt, es seien darüber noch keine Versuche angestellt; es ist ihm die Arbeit von A. Fick entgangen (Hat Veränderung der Temperatur des im Hirn circulirenden Blutes Einfluss auf die Centren der Herz- und Gefässnerven? Pflüger's Archiv V. Bd. 1871. Hft. 1), welcher weder einen Einfluss der Erwärmung des Hirnblutes auf Blutdruck, noch auf Puls nachweisen konnte. Fick benutzte zu diesen Versuchen dieselbe Durchleitung heissen Wassers durch die Carotiden, wie wir sie bei Erforschuug der Wärmedyspnoëursache angewandt haben. Er fand merkwürdigerweise, dass beim Hunde sehr namhafte Steigerungen der Gesammtkörpertemperatur und der Temperatur des Carotidenblutes, welche die Athmungscentren in die stürmischste Aufregung versetzen auf die Centren der Herz- und Gefässinnervation nicht den mindesten Einfluss haben. Ein Versuch ist in graphischer Darstellung beigegeben und zeigt, dass die Erwärmung und Wiederabkühlung des Carotidenblutes an den Centren der Herz- und Gefässinnervation ganz wirkungslos vorübergegangen ist. Auch Reizung eines sensibelen Nerven im erwärmten Zustand war von keinem grösseren Erfolg, als im normalen Zustande und doch, wäre die Erregbarkeit des Gefässnervencentrums bedeutend gesteigert gewesen, hätte die sensibele Reizung eine viel bedeutendere Druckerhöhung in den Arterien hervorrufen müssen. Jedenfalls müssten, sollten die Druckerhöhungen bei allgemeiner Erwärmung des Körpers, wie Senator sie fand, sich bestätigen, in Betreff des Angriffspunktes der Wärme weitere Versuche angestellt werden.

II. Original-Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. Februar 1885.

107) **Mendel:** *Ueber diphtheritische Lähmungen.*

Ein 8jähriger Knabe erkrankte im September an Diphtheritis faucium, Anfang October trat eine Gaumensegellähmung ein. Anfang November bestand doppelseitige Oculomotoriuslähmung, beider-

seitige Ptosis, Lähmung des r. Musc. rect. int., sup. und inf., Parese des r. M. abducens. Links waren sämmtliche Augenmuskeln gelähmt. Die Akkomodation und die Lichtreaktion der Pupillen waren erhalten. Ferner bestand Parese des r. Facialis, Lähmung des Gaumensegels, Zittern der ausgestreckten Zunge, geringe Ataxie der oberen Extremitäten, stärkere der unteren, besonders beim Gehen bemerkbar, sowie Parese der Nackenmuskulatur. Die elektrische Untersuchung ergab nichts besonderes. Von Störungen der Sensibilität bestand Hyperästhesie an den unteren Extremitäten. Die Sehnenphänomene waren verschwunden. Vasomotorische Störungen zeigten sich in der Kälte der Beine. Der Puls betrug 100, Temp. 38,5°; Bronchitis, im Urin Eiweiss. Tod nach mehreren Tagen von den Lungen aus, ohne dass sonstige neue Erscheinungen aufgetreten waren.

Bei der Section, die nur Gehirn und Medulla oblongata betraf, war makroskopisch nichts besonderes zu finden. Mikroskopisch bestanden Hyperämie der kleinen Arterien und Capillaren, kapillare Blutungen in der Brücke und dem verlängerten Mark, auch im Verlaufe des N. abducens und vagus, sonst keine Veränderungen der Gefässwandungen. Die Ganglienzellen der Kerne der in Betracht kommenden Hirnnerven boten nichts abnormes. Nur im Kern des Oculomotorius waren sie etwas grösser als gewöhnlich. An den peripherischen Nerven waren grössere Veränderungen und starke Rothfärbung des N. oculomotorius gegenüber dem normalen weissen resp. gelblichen Aussehen (Carmin), Verschmälerung der Markscheiden, theilweises Fehlen der Axencylinder, deutliche Kernvermehrung, auch auf Längsschnitten des Abducens und Vagus in die Augen fallend.

Hieran knüpft Vortr. folgende Bemerkungen: Die doppelseitige Augenmuskellähmung bei Dyphtherie sei nur noch einmal von Uthoff beobachtet worden. Die Motilitätsstörungen bei D. schienen meist ataktischer Natur zu sein. Das Kniephänomen fehle schon lange vor der Ataxie und trete lange Zeit nach der Heilung der letzteren oft wieder auf. Das Verschwinden des Kniephänomens sei ein Zeichen für die Schwere des Falles. Die beobachtete Hyperästhesie sei twas seltenes.

Die anatomischen Substrate der vorliegenden Lähmung seien Gefässhyperämien und Blutungen sowie Neuritis interstitialis und parenchymatosa. Das Nerven- und Gefässsystem zugleich wurden von dem diphtheritischen Gift angegriffen, nicht das Nervensystem (Charcot-Déjérine) oder das Gefässsystem (Buhl-Klebs) allein. Bei der Gaumensegellähmung tauche der Nerv direkt in den Krankheitsherd. Diphtheritische Hemiplegien seien dagegen anders zu erklären. Hier habe Vortr. einmal eine Blutung in dem Linsenkern beobachtet. Der plötzliche Tod in der Reconvalescenz nach D. könnte vielleicht durch Blutung in die Medulla oblongata bedingt sein.

In der Discussion möchte Remak die genannten Hemiplegien nicht als „diphtheritische Lähmungen“ bezeichnet wissen. Sie kämen häufiger nach Scharlach und Masern vor, auch bei Bleikranken. Man rechne sie hier auch nicht unter den Begriff „Bleilähmung“.

Für den peripherischen Sitz der Gaumensegellähmung spreche das Befallensein eines einzelnen Nerven, die oft vorhandene Betheiligung der Sensibilität und die zuweilen beobachtete Ea. R. Bei Ataxie nach D. könne es leicht zu Verwechselung mit Tabes kommen, indess sei bei ersterer Pupillenstarre nicht vorhanden. Das Fehlen des Kniephänomens sei ferner kein prognostisch ungünstiges Zeichen. In 30 Fällen von Velumparalyse bei D. sah er 14 mal das Kniephänomen, in 16 Fällen fehlte es. In 2 von den ersteren sah er es verschwinden, in dem einen kehrte es wieder, nachdem die ataktischen Erscheinungen verschwunden waren, in dem anderen ist es noch nicht wiedergekehrt. In 6 anderen Fällen kehrte es nach Monaten wieder. Ataxien nach D. heilen gewöhnlich. Die zuweilen dabei beobachtete Ea. R. spräche für einen peripherischen Sitz, im übrigen seien Veränderungen der hinteren Wurzeln und Hinterstränge wahrscheinlich.

Bernhardt hat das Kniephänomen bei diphtheritischen Lähmungen nach einigen Wochen verschwinden gesehen, sodann vergingen 18—20 Wochen, ehe das Kniephänomen, nachdem die Ataxie indess geschwunden war, wieder erschien. Ferner sah er das Kniephänomen verschwinden, ohne dass schwere Lähmungen vorhanden waren. In anderen Fällen verschwindet es nach ihm erst später, nach 8 Wochen, ohne dass sonstige Erscheinungen eintraten. Es ist also das Verschwinden des Kniephänomens kein Zeichen für die Schwere des Falles und kein Beweis für den späteren Eintritt der Ataxie. Bei Ataxien nach anderen Infektionskrankheiten ist das Kniephänomen übrigens erhalten. Pathologisch-anatomisch müssen hier Unterschiede sein in der Localisation. Vielleicht liegen bei der nicht vorübergehenden Natur der Erscheinungen gewisse Zustände des Gefässsystems zu Grunde. In anderen Fällen von Dyphtherie zeigt sich grosse Prostration der Muskeln und Nerven, keine electrische Abnormität und keine Ataxie.

Mendel: Die Hemiplegien nach Dyphtherie dürfe man nicht von den diphtheritischen Lähmungen trennen, so lange nicht das diphtheritische Gift bei ihnen ausgeschlossen werden könne. In seinen eigenen Beobachtungen sind bei dem Fehlen des Kniephänomens immer später Ataxien eingetreten. Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

108) **S. Danillo:** Sui solchi arteriosi dell' endocranio nei primati e nei microcefali. (Ueber die arteriellen Sulci an der inneren Schädeloberfläche bei Primaten und Mikrocephalen:) (Arch. di Psichiatria V. B.)

In einer früheren Arbeit (vergl. dieses Centr.-Bl. 1883. pag. 392) hat Verfasser nachgewiesen, dass beim normalen Menschen die Gefässfurchen in der Tabula vitrea des Schädels linkerseits häufig besser ausgebildet sind, als rechts. Dieses, sowie weitere im angeführten Referate besprochene Verhältnisse konnten auch an den Schädeln von

Primaten, deren 37 untersucht wurden, nachgewiesen werden. Auch an den Schädeln von Mikrocephalen fanden sich diese Verhältnisse wieder, jedoch weitaus weniger ausgesprochen, als beim normalen Menschen und den Primaten, welcher Umstand ja auch gegen die ziemlich verlassene atavistische Theorie der Mikrocephalie spricht. — Hingegen zeigen die Schädel von Verbrechern, was die besprochenen Arterienfurchen anlangt grosse Aehnlichkeit mit denen der Mikrocephalen. Obersteiner (Wien).

---

109) **J. W. Greene** (Duberque, Jowa): Lesion of the motor area of the brain from Contre-coup. (Alien. & Neurolog. 1884 4. p. 650.)

Bei einem 38j. sonst gesunden, kräftigen Manne stellten sich nach einer ausgedehnten Verletzung der Schädelschwarte in der Gegend des rechten Scheidelbeines Zuckungen der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes, wie Aphasie ein. Pat. erholte sich innerhalb eines Zeitraums von 4 Wochen soweit, dass, mit Ausnahme einer früher nicht bemerkten Reizbarkeit, nichts Abnormes in seinem Verhalten sich konstatiren liess. Verf. ist geneigt, eine Verletzung in der Gegend der l. Insel resp. 3. l. Stirnwindung in Folge von Contrecoup anzunehmen. In der ihm zu Gebote stehenden Literatur hat Verf. nur einen Fall (von Dean) gefunden, in welchem eine Gehirnverletzung als Folge von Contrecoup bezeichnet worden ist (cf. Alien. & Neurol., April 1882). Koenig (Dalldorf).

---

110) **B. H. Stephan:** Bijdrage tot de localisatie-leer van bewegingsstoornissen in den hersenbast. (Zur Lehre von der Rindenlocalisation.) (Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde 1885. 1.)

Bei einem 17jährigen phthisischen Mädchen fand sich im rechten Sulcus centralis eine tuberculöse Masse, welche die hintere Seite des gyrus frontalis ascendens vollständig, und die vordere Seite des gyrus parietalis ascendens in geringerem Grade ergriffen hatte, sich aber nebstbei auch längst der Fissura Sylvii ausbreitete.

In vivo waren erst Reiz- dann Lähmungserscheinungen vorhanden gewesen, die im Gebiete des Facialis und Hypoglossus linkerseits ihren Anfang nahmen, dann die linke obere und zuletzt die linke untere Extremität ergriffen. Der obere Facialis war frei geblieben.

Obersteiner (Wien).

---

111) **Bernard** (Paris): Notes sur un cas de cysticerques celluleux dans l'encéphale. (Arch. de Neur. 1884 Vol. VII. Nr. 20.)

Der Fall ist merkwürdig durch den ungewöhnlichen Sitz der einen Cysticercusblase am Boden des IV. Ventrikels. Ein 24j. Mann hatte seit einem Jahre zeitweise wiederkehrende Kopfschmerzen und Erbrechen, manchmal auch Schwindel; 3 Tage vor der Aufnahme epileptiforme Convulsionen in allen 4 Extremitäten mit Bewusstseinsverlust. Bei der Aufnahme zeigte Pat. schwankenden Gang, Kopfschmer-

zen, Rauschen und Brausen im Ohre, Gefühl von Kribbeln in der r. Gesichts- und Zungenhälfte. Motilität und Reflexe normal. Im weiteren Verlauf rasch zunehmende Abnahme der Sehschärfe, Einengung des Gesichtsfeldes, weite schlecht reagirende Pupillen, beiderseitige Stauungspapille; immer heftiger werdender Kopfschmerz und Erbrechen, Schlaflosigkeit; Schwindel, Gefühl des Pat. als ob er sich auf einem Schiffe befände, Delirien; alsbald völlige Amaurose. Zunehmendes Delir, Gesichtshallucinationen erschreckenden Inhalts. Keine Lähmungen, keine Convulsionen. $^1/_2$ Jahr nach der Aufnahme Tod an Pneumonie. Section: Hydrocephalie; Pia congestionirt; eine kleine Cysticercusblase unmittelbar vor dem Chiasma, ohne mit diesem zusammenzuhängen; eine weitere in der grauen Substanz am Fusse des gyr. front. II; eine dritte, erbsengrosse, fand sich am Boden des IV. Ventrikels über und nach aussen von der Eminentia teres: durch sie waren offenbar die Symptome von Seiten des Facialis, Acusticus, Trigeminus, sowie die Hydrocephalie und Stauungspapille bedingt.

Schoenthal (Berlin).

---

112) **Mollenhauer** (New-York): Singular case of vertebral disease associated with a tumor in the abdominal cavity, multiple hemorrhagic & other foci in the liver & kidneys, & complicated by compression-Myelitis. (Ein seltener Fall von Rückenmarkserkrankung complicirt durch einen Abdominaltumor, multiple Blutungen und Herde in der Leber, den Nieren und Compressionsmyelitis.)

The Americ. journ. of neurol. & psych., Aug. u. Nov. 1884 p. 484.)

Verf. schildert einen sehr interessanten Fall, welcher sich nicht für ein kurzes Referat eignet, übrigens durch die Ueberschrift einigermaassen characterisirt wird. Koenig (Dalldorf).

---

113) **L. Götze** (Jena): Beitrag zur Frage nach dem Zusammenhang gewisser Neurosen mit Nasenleiden. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. Nro. 9 und 10 1884.)

G. beschreibt einige Fälle, welche im Wesentlichen die Hack'sche Ansicht von dem Zusammenhang verschiedener, zum Theil schwerer Neurosen in den entferntesten Körpergebieten mit pathologischen Vorgängen in der Nase stützen. (Vergl. dazu dieses Centralbl. 1882 pag. 480 und 1884 pag. 562).

Fall 1 betrifft ein 5 jähriges Kind mit diffuser chronischer Bronchitis nach doppelseitiger Masernpneumonie. Nase continuirlich verstopft mit serösem Ausfluss. Bronchialcatarrh schwand erst, als der Nasenfluss durch Bepinselung mit Höllensteinlösung sistirte.

Fall 2. Eine Frau litt an zusammenschnürendem Gefühl im Halse, darauf Kopfschmerz, grosse Mattigkeit und reissende Schmerzen in der rechten unteren Extremität und in den Fingern der r. Hand. Starke Schwellung der r. unteren Muschel. Geheilt nach galvanocaustischer Zerstörung der letzteren.

Fall 3. 17 jähriges Mädchen leidet an Herzklopfen, epileptischen Anfällen und Zuständen psychischer Alienation. Enorme Schwellung beider unteren Muscheln. Totale galvanocaustische Zerstörung derselben. Herzklopfen schwand, die Anfälle sind seit 4 Wochen nicht wiedergekehrt. Der Umfang eines Struma hat um 4 Ctm. abgenommen. Im Anschluss an die Operation stellten sich gehäufte epilept. Anfälle ein, welche cessirten, als die beiden Nasen vollständig verschliessenden Wattepfröpfe entfernt waren.

Fall 4. 15 jähriger Knabe. Vor 5 Jahren Fraktur des Nasenbeines. Seit dem 12. Lebensjahre alle 4 Wochen Gesichtsrose, von der Nase ausgehend und von mehrtägiger Dauer. Seit Weihnachten 1883 Anfälle von Herzklopfen mit Angst- und Druckgefühl, das bis zum Hals steigt. Pulsfrequenz 130—160. Rossbach begann die galvanocaustische Zerstörung der enorm geschwellten, fast das Lumen der Nase verlegenden unteren Schwellkörper. Recidive, wovon eines den untersten Theil der r. unteren Muschel betraf. Verschlimmerung darnach, so dass es scheint, als ob auch eine Erkrankung der hintersten Muskelabschnitte Reflexvorgänge auszulösen im Stande sei. Besserung aller Beschwerden.

Fall 5. 22 jähriges Dienstmädchen leidet an rechtsseitiger Hemichorea. Starke Schwellung der r. Muschel. Nach galvanocaustischer Zerstörung derselben schwanden die choreatischen Bewegungen bis auf die r. Hand und des Fusses. Verf. hält Zusammenhang zwischen Chorea und Muschelschwellung für unerwiesen.

Fall 6. Ein neuropathisch belasteter Arzt leidet seit seinem 13. Lebensjahre an Migräneanfällen, Müdigkeitsgefühl in den unteren Extremitäten und neuralgiformen Schmerzen im Gebiete des N. brachialis und ischiadicus. Bei jedem Anfalle eine totale Verstopfung der r. Nase. Enorme Schwellung der rechten unteren Muschel. Galvanocaustische Zerstörung derselben beseitigte die Anfälle.

Fall 7. Ein Fabrikant leidet seit 2 Jahren an subjectiven Kältegefühlen; beide Schultern sind fortwährend kalt; gleiche Sensationen anfallsweise an der hinteren Fäche des l. Beines. Oberflächliche Cauterisation der geschwellten unteren Muschel besserte den Zustand sofort.

Fall 8. Dr. Z. leidet seit 2 Jahren an continuirlichen stechenden Schmerzen über der l. Clavicula, im 5. Intercostalraum und zwischen den Schulterblättern; dazu von Zeit zu Zeit Brustschmerzen, galvanocaustische Zerstörung der hypertrophischen Nasenschleimhaut und der Backengranula. Besserung.

Fall 9. Verf. leidet an rheum. Schmerzen über der r. Clavicula und an rechtsseitigem Kopfweh. Coincidenz der Beschwerden mit Zuschwellung der r. Nase. Instillationen von Alkohol in die Nase (1:4). Besserung.

Fall 10. Rektor B. leidet seit Ostern an nächtlichen Asthmaanfällen. Beide Nasen vollständig obstruirt durch eine grosse Anzahl von der mittleren Muschel ausgehender Polypen. Entfernung und Zerstörung. Erfolg gut.

Fall 11. 39 j. Bauersfrau. Seit 2 Jahren Kurzathmigkeit und seit Frühjahr 1884 nächtlich Asthmaanfälle von $1^1/_2$ stündiger Dauer. Kopfschmerzen. Beide Nasen vollständig verstopft. Verf. beobachtete Pat. während der Anfälle und fand, dass schon im Beginne des Anfalles beide untere Muscheln, die vorher klein und glatt gewesen, enorm geschwellt waren und das Lumen vollständig verlegten. Das spricht für Hack, welcher die Asthmaanfälle durch die unter abnorme Circulationsverhältnisse gesetzten umliegende Schleimhaut und durch stärkere Fällung der Schwellgewebe erblicke. Da die Beschwerden noch fortbestanden, als Pat. nach dem Erwachen durch Oeffnen des Mundes für eine ausgiebige Lungenventilation gesorgt hatte, so kann Verf. Scheck's Erklärung einer Kohlensäureintoxication nicht acceptiren. Erfolg durch Entfernung der Polypen ausgezeichnet.

In Fall 2 und Fall 4 bestand höchstwahrscheinlich Hysterie. Es muss aber in Zukunft wohl ein Theil von dem, was wir heute als Hysterie betrachten, auf Nasenleiden zurückgeführt werden wie ja schon ein anderer als auf Leiden der Genitalsphäre beruhend erkannt ist.

Goldstein (Aachen).

---

114) **Krüche** (Marbach): Die Pseudotabes der Alcoholiker.
(Deutsche med. Zeitung 1884 Nro. 72.)

Verf. belegt mit dem Namen „Pseudotabes" jene Fälle von Alkoholismus, welche eine Art Ataxie, verbunden mit Lähmungserscheinungen zeigen und das Bild der Tabes leicht vortäuschen können. Verf. beobachtete 17 derartige Fälle, worunter auch eine Dame. Es waren dieses nervöse Trinker, die in Alkohol ein Betäubungsmittel für nervöse Beschwerden der verschiedensten Art suchten oder weil ihnen durch eine reflektorisch angeregte Neurose der Gaumengegend, des Oesophagus oder des Magens ein starkes Durstgefühl vorgetäuscht wurde. Im Anfangsstadium der Pseudotabes findet sich namentlich grosse Aehnlichkeit mit der echten. Formikationen, blitzartige Schmerzen, Ermüdungsgefühl, Ungleichheit der Pupillen, Gelenkanschwellungen, ataktischer Gang, Schwanken beim Schliessen der Augen, welche Erscheinungen durch vermehrten Alkoholgenuss im Gegensatz zu den Gewohnheitstrinkern stärker werden. Sehnenreflexe fehlten in 10 Fällen, bei welchen übrigens die paretischen Symptome nicht gänzlich schwanden. Anästhesie, Herabminderung des Druck- und Temperatursinns sind, wie bei den echten Tabetikern vorhanden. Gürtelschmerz fehlte gänzlich. Der Augenspiegelbefund bot in 3 Fällen eine gesättigt weisse Farbe der Papille, in 9 Fällen stärkere Venenfüllung als gewöhnlich. Bemerkenswerth ist ein verhältnissmässig weites Auseinanderliegen des Maximums und Minimums der Tagestemperatur, sowie eine nicht ganz gleichmässige Vertheilung der Temperaturwerthe über die einzelnen Tageszeiten. Die Therapie besteht in erster Linie in Entziehung des Alkohols, bei Kranken mit anfallsweisen Neurosen bedarf es dazu eines Asyls. Die Anwendung von constanten absteigenden Strömen auf das Rückenmark und die Hauptnervenstämme der

unteren Extremitäten, so wie faradischer Ströme auf die betreffenden Muskeln beseitigen die ataktischen Symptome in 4—12 Wochen.

Goldstein (Aachen).

---

115) **Ballet:** De l'hemiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique. (Hemiatrophie der Zunge bei Tabes.) (Archives de Neurologie 1884 Vol. VII. Nro. 20.)

Disseminirte Muskelatrophien, in der verschiedensten Weise vertheilt, finden sich bei Tabes nicht so ganz selten (Charcot[1]), Virchow, Friedreich, Leyden); die Atrophie resp. Hemiatrophie der Zunge wurde zuerst von Charcot beschrieben, der sie ziemlich häufig sah, auch schon im Beginn der Tabes. Auch Erb (in Ziemssen's Handbuch), ferner Graset und Ross erwähnen das Symptom. Coffer stellte 1875 der Soc. de Biologie[2]) einen Tabeskranken mit rechtsseitiger Hemiatrophie der Zunge vor, zugleich bestand Atrophie des rechten Daumenballens und auf derselben Seite theilweise Lähmung der motorischen Trigeminus-Partie. Kurz darauf demonstrirte Vidal in derselben Gesellschaft folgenden Fall:

Ein 29jähr. Kranker hatte vor 12 Jahren Parästhesien im l. Arme; nach etwa 2 Monaten plötzlicher Eintritt von linksseitiger Facialislähmung, Taubheit und Abducenslähmung; Zunge wich nach l. ab, Sprach- und Schlingstörungen; der l. Arm wurde anästhetisch, motorisch schwächer, das l. Bein hypästhetisch und ebenfalls schwächer; Pat. konnte im Gehen keine gerade Linie einhalten. 3 Jahre später Gelenkschmerzen, Schwellung des linken Ellenbogens. Bei der Vorstellung in der Soc. de Biol. zeigte der Kranke: linksseitige Gaumensegellähmung, Schwierigkeit den Mund zu spitzen, l. Hemiatrophie der Zunge, ohne Sensibilitäts- oder Geschmacksstörung an derselben, ferner links: Abducenslähmung und Taubheit, Atrophie des Deltoides, des Supra- und Infraspinatus, Abnahme des Triceps und des Daumenballens mit Erloschensein beziehungsweise Abnahme der elektr. Erregbarkeit, leichte Anästhesie des Beins, Verdickung der Gelenkenden an Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk, Deformation des Handgelenks.

Charcot hielt damals den Fall für eine ungewöhnliche Tabesform. Die Beobachtungen B.'s selbst über Hemiatrophie der Zunge bei Tabes sind folgende:

Fall I. Die 51jähr. Kranke, bei der vor 20 J. die ersten Symptome der Tabes aufgetreten waren, zeigte neben Arthropathie der Knie und der r. Schulter, Opticusatrophie, Oculomotorius- und Abducenslähmung, eine deutliche Hemiatrophie der Zunge linkerseits; sonst gar keine Muskelatrophien. Die Section ergab Sklerose der Hinterstränge.

Fall II. 35j. Mann, erblich sehr belastet, zeitweise Trinker, seit 8 Jahren tabetisch, zeigte ausser den gewöhnlichen Tabes-Symptomen noch verschiedene Muskelatrophien, besonders an den oberen Extremitäten, mehr rechts als links, und rechtsseitige Hemiatrophie der Zunge; die Spitze der Zunge deviirte nach rechts und zitterte, die rechte Hälfte zeigte tiefe Furchen und war nur mehr eine Art An-

---

[1]) Leçons: tome II p. 253.
[2]) Progrès méd. 1875.

hang der gesunden linken Hälfte; Sprache und Deglutition waren fast gar nicht behindert, auch Sensibilitäts- und Geschmacksnerven schienen auf beiden Seiten gleich gut zu functioniren. In der rechten Gesichtshälfte empfand der Kranke öfters das Gefühl von Kribbeln und Schauern; objectiv waren keine Sensibilitätsstörungen nachweisbar.

Im Fall III ist die Diagnose der Tabes eine sehr zweifelhafte: Bei einem Offizier sah B. rechtsseitige Hemiatrophie der Zunge, nachdem kurz zuvor linksseitige Oculomotoriuslähmung aufgetreten war. Pat. leugnete Infection, antiluetische Behandlung war erfolglos. Der Bruder des Kranken litt an ausgesprochener Tabes.

Die Hemiatrophia lingualis findet sich sonst äusserst selten, fast nur bei peripheren Läsionen des Hypoglossus; wo man sie findet, kann man zunächst an Tabes denken. Sie ist fast immer mit Augenmuskellähmungen combinirt, meist finden sich zugleich noch andere Muskelatrophien. Wenn man auch die vorübergehenden spinalen und bulbären Lähmungen bei Tabes als Reflexlähmungen ansehen kann, so muss man für die atrophischen Lähmungen eine andere Erklärung suchen: was die spinalen Lähmungen anlangt, so muss wohl angenommen werden, dass sich der Process von den Hintersträngen vermittelst Fasern, die der inneren Wurzelzone angehören zu den Vorderhörnern fortgepflanzt hat; ganz analog kann sich nun der Process zu den den Vorderhörnern entsprechenden Bulbärkernen fortpflanzen, wenn die den Hintersträngen entsprechende sensible (hintere) Partie der Oblongata erkrankt ist: in diesem Sinne ist es interessant, dass sich bei Fall II Trigeminussymptome finden.

Schoenthal (Berlin).

---

116) **Spitzka** (New-York): Return of the patellarreflex in tabes dorsalis with some remarks on the syphilitic etiology of that desorder. (Wiedererscheinen des Kniephänomens bei Tabes dors. mit einigen Bemerkungen über die Syphilis als Ursache dieser Krankheit.)

(The Amer. journ. of neurol. & psych. 1884. Aug u. Nov. p. 433.)

In 2 Fällen, bei denen sich Lues in der Anamnese nachweisen liess, trat nach antiluetischer Behandlung eine temporäre Besserung ein, mit Wiederauftreten der Pupillenreaction, des Kniephänomens und der Sensibilität.

Verf. ist überzeugt, dass in beiden Fällen die antiluetische Behandlung von Nutzen gewesen ist, obgleich der Process wahrscheinlich, ähnlich wie bei Paralyse, unter der Maske einer Remission Fortschritte gemacht hatte.

Verf. bedauert, ausser Stande zu sein, irgend eine patholog. anatom. Basis für das Ausbleiben des Kniephänomens angeben zu können. Er glaubt, dass es besser sein würde, einzelne Fälle von syph. Tabes genauer zu untersuchen, als Statistik auf Statistik zu häufen.

Verf. möchte eine syphil. und eine einfache, genuine Tabes annehmen. Im allgemeinen träte bei ersterer frühzeitig Schwäche der

geistigen Fähigkeiten, frühzeitiger Schwund der Muskeln, namentlich der Gastrocnemii auf.

Auch schien es ihm, dass die Erscheinungen nicht so symmetrisch wären wie bei der genuinen Tabes.

Pathol.-anat. meint S., soweit er bei der beschränkten Zahl seiner Untersuchungen urtheilen könne, dass bei syph. Tabes der Prozess mehr von dem interstitiellen Bindegewebe ausgehe und ein entzündlicher sei, während bei der gew. Tabes die „Nervenröhren" ergriffen würden, und hier der Process ein degenerativer sei.

Die Degeneration der Goll'schen Stränge sei secundär und zwar Folge einer Ernährungsstörung, hervorgerufen durch eine essentielle nicht system. Erkrankung der Wurzelzonen (root-zones), und möglicherweise der grauen Substanz der Hinterhörner.

Koenig (Dalldorf).

---

117) **G. Ollive:** Des paralysies chez les choréiques.
(Thèse de Paris 1883. Arch. de Neurol. 1884 Vol. VII Nro. 20.)

Lähmungen kommen, verschieden in Grad und Ausdehnung in jedem Stadium der Chorea vor — Chorée paralytique. Die im Beginn auftretenden Lähmungen können während des ganzen Verlaufes der Krankheit bestehen bleiben (Chorée molle, West): nach den gewöhnlichen prodromalen psychischen Störungen tritt eine Abnahme der Muskelkraft ein, — nach und nach entwickelt sich eine schlaffe Lähmung, gewöhnlich mit leichten choreiformen Bewegungen verbunden. Häufiger sieht man die im Verlauf und gegen Ende der Ch. auftretenden Lähmungen: sie können hemiplegische, paraplegische noch öfter monoplegische sein und betreffen vorzugsweise die besonders stark von den Convulsionen ergriffenen Muskeln. Die Prognose ist stets günstig; therapeutisch empfiehlt sich Arsen und Tonica zu geben.

Schoenthal (Berlin).

---

118) **Bourneville et Bonnaire:** Nouvelle observation d'Hystéroépilepsie chez un jeune garçon. (Arch. de Neur. Vol. VII. Nr. 19. 1884.)

Verff. fügen ihren früheren Beobachtungen über Hysterie beim Manne (vergl. u. A. Centralbl. 1882 Nro. 13, 1883 Nro. 23) eine neue zu. Es handelt sich um einen erblich sehr belasteten Knaben, bei dem im 12. Jahre nach einem Schreck typische hysterische Anfälle — genau denen beim weiblichen Geschlecht gleichend — auftraten. Das ganze vielgenannte Symptomenbild der „grande Hystérie" wie es die Charcot'sche Schule mit Vorliebe studirt und beschreibt, und das sich in einem Referat schwer wiedergeben lässt, fand sich bei dem Knaben vor. Erwähnenswerth und auch von den Autoren besonders hervorgehoben ist der gute therapeutische Erfolg der *Hydrotherapie* in dem Falle.

Schoenthal (Berlin).

---

119) **Mann** (New-York): Aphasia and other forms of loss of speech in brain diseases. (Alien. u. Neurolog. 1884 4. p. 572.)

In einer längeren Abhandlung schildert Verf. die verschiedenen Formen der Aphasie, und führt eine grosse Menge von Fällen theilweise mit Sectionsbefund an. Koenig (Dalldorf).

---

120) **C. W. Müller** (Wiesbaden): Zur Einleitung in die Electrotherapie. (Wiesbaden 1885, Verlag von Bergmann; gross 8°; pag. 176 mit Register M. 5.)

Das vorliegende Buch ist eine bedeutende Erscheinung in der electrotherapeutischen Literatur und wird in derselben einen hervorragenden Platz für alle Zeiten behaupten. Kein „fertiger" Specialist wird dasselbe aus der Hand legen, ohne sein Wissen wesentlich gefördert zu haben; und für den Anfänger baut es die Grundlage seiner Specialwissenschaft mit einer Sicherheit, Klarheit und Einfachheit auf, die meines Erachtens von keinem der bisherigen Lehr- und Handbücher der electrotherapeutischen Disciplin erreicht ist. Darin liegt kein Tadel gegen diese älteren Werke, deren jedes für sich Vorzügliches leistet, und, wie namentlich Rosenthal-Bernhardt, den ganzen Stoff erschöpfend beherrscht und klar vorträgt. Was ich an dem Müller'schen Buche aber höher schätze, und was ihm gewiss eine unmittelbarere Wirkung sichert, das ist einmal die bestimmte, jedem an das Studium desselben ohne vornehme nordische Voreingenommenheit herantretenden Leser aus jeder Zeile zuströmende Empfindung, dass hier Alles *aus der Praxis* und *für die Praxis* geschaffen ist; das ist ferner der ohne episch-akademische Breite fliessende Vortrag; und es ist nicht zum Mindesten der warme Ton, ja die Begeisterung für Helfen und Heilen, die das Buch vom Aufang bis zum Ende inspirirt.

Das Buch Müller's zerfällt in *zwei* Abschnitte. In dem ersten wird in 7 Kapiteln die Strommessung abgehandelt; die Galvanometerfrage wird physikalisch ausserordentlich klar erledigt. Der gewissermaassen biographische Charakter dieses Abschnittes belebt die Darstellung ungemein und lässt das Gefühl träger Langweile nicht aufkommen, das den Leser bei dem Studium dieser an und für sich trockenen Materie nur allzuleicht beschleicht. Das absolute astatische Vertical-Galvanometer von Hirschmann wird als das allen physicalischen Anforderungen entsprechende genau erläutert. Von grossem Interesse sind die Bemerkungen über die erdmagnetische Beeinflussung des gewöhnlichen Galvanometers, Erörterungen, die in der Electrotherapie practisch bislang wohl nicht beachtet worden sind.

Der zweite Abschnitt enthält in 14 Kapiteln die Begründung und klinische Illustration jener drei Prinzipien, welche Verf. für ein erfolgreiches electrotherapeutisches Handeln und Behandeln aufstellt. Diese Principien sind 1) *das der schwachen Ströme*, 2) *das der kurzen Stromdauer* und 3) *das der häufigen Anwendung*. „Leve, breve, saepe in loco morbi". Da von der Stromdichte (D), mit welcher der electrische Strom die erkrankten Theile durchfliesst, die ganze Heilwirkung abhängt, so gilt es zuerst für alle Fälle diese Dichte von vornherein

festzusetzen. Dieselbe ist abhängig von der Stromintensität (I) und von dem Querschnitt der behandelten Körperfläche resp. dem Querschnitt der stromgebenden Electrode (Q) also: D = I/Q. Bei gleichem Querschnitt ist die Intensität proportional der Dichte, aber bei gleicher Strom-Intensität ist die Dichte umgekehrt proportional dem Querschnitt. Danach construirt Verf. den Durchschnittswerth der anzuwendenden Stromstärke: D = I/Q = 1 Milliweber/18 qcm., d. h. *so viel mal die Rheophorenfläche 18 Qudratcentimeter enthält, soviel Milliweber Stromstärke ist erforderlich;* oder kurz gesagt: *Der grosse Durchschnitt der Falte ist mit der Stromdichte 1/18 zu behandeln.* Das gilt für periphere Neuralgien, rheumatische und traumatische Gelenkentzündungen, für Neuritis von wenig reizbarem Character, für Rheumatismus der Wirbelgelenke und für chron. Rückenmarksleiden.

Diese Regel 1/18 erleidet nach 2 Seiten Ausnahmen. Eine stärkere Stromdichte ist anzuwenden bei torpiden Gelenkentzündungen (1/6), bei spastischer Migräne (am Grenzstrang des Halssymp. 1/7) bei Application Vag.-Symp. (1/14). Eine schwächere Dichte (1/20—1/24—1/35) ist anzuwenden bei allen frischen, acut-entzündlichen Fällen von Myelitis, Neuritis, Neuralgien, und am Kopf quer durch die Proc. mastoidei (1/24), vom Scheitel zum Nacken, Stirn —. Nacken (1/40). Giebt man in dem Verhältniss I/Q den anzuwendenden Querschnitt der Rheophorenplatte an, was sich sehr empfiehlt, so sind nach Verf. zu behandeln: Ischias und Rückenmarkskrankheiten mit 4/72, Myelitis dorsal. transversa und Intercostalneuralgien mit 3/54, Erkrankungen der Lumbalnervenwurzeln mit 6/108, entzündete Handgelenke mit 2/35, Hüftgelenkleiden mit 8/144, Vag.-Sympathicus mit 0,7/10, Nacken-Scheitel mit 1,5/37,5, Stirn-Nacken mit 0,6/28 (1/40).

Bei Anwendung von Rheophoren mit verschiedenem Quadratinhalt ist das arythmetische Mittel bestimmend.

Die Behauptung des Verf., dass bei tiefer liegenden Krankheitsherden die transversale Durchströmung die einzig wirksame sei, muss ich nach meinen Erfahrungen als nicht zutreffend bezeichnen.

Sind denn nun die vom Verf. in der angegebenen Weise normirten Ströme wirklich *schwache* Ströme, schwächer als die von der Mehrzahl der Electrotherapeuten nach seiner Meinung angewendeten? Vor dem Gebrauche absoluter Galvanometer war das gar nicht zu berechnen; jetzt aber, nachdem ich den Quadratinhalt meiner Rheophoren berechnet und die von mir seit Jahren angewendeten Stromstärken auf Milliweber reducirt habe muss ich sagen, dass ich viel schwächere Ströme anwende als Müller und dabei Heilresultate erziele, die hinter den seinigen gewiss nicht zurückstehen; ich bemerke dabei, dass ich bezüglich der *Stromdauer* der Einzelapplication seine Normen allerdings etwas überschreite.

Ich benutze seit nunmehr 12 Jahren bei Rückenmarksleiden und bei Neuralgia ischiadica runde, leicht convexe Reophorenplatten, die einen Durchmesser von $13^1/_2$ Ctm., also — nach $r^2 \pi$ berechnet — einen Quadratinhalt von 137 Ctm. haben. Diese Platten setze ich zu longitudinaler Durchleitung des Stromes durch das R.-M. beide auf den

Rücken, oder zur long. Durchl. durch den Anfangstheil des N. ischiadicus die eine auf die Lumbaranschwellung die andere auf die untere Fläche des Oberschenkels und lasse in beiden Fällen 12 bis 14 bis 16 Elemente (Siemens) 1—1½ Minuten lang einwirken. Von dieser, durch die Erfolge bewährten Stromstärke bin ich auch, seitdem ich ein absolutes Galvanometer von Hirschmann benutze, nicht abgegangen; dasselbe zeigt dabei durchschnittlich 3—4 M.-W. Nach Müller müsste ich, da 1/18 = 7,5/135 ist, wenigstens eine Stromdichte von 7 M.-W. anwenden; ich gehe aber über 4 M.-W. niemals hinaus, verfahre also nach 1/34, wende mithin bei den genannten Affectionen eine *gerade halb so starke Stromdichte* an als er.

Auch am Kopf wende ich halb so starke Stromdichten an wie Müller. Bei Neurasthenia cerebralis setze ich eine concave Platte, welche die ganze Stirn aufnimmt, auf diese; Grösse 5×15 = 75 qctm. das Gegenstück, oval, concav gebogen, quer applicirt sitzt im Nacken und liegt diesem überall genau an; Grösse (nach (a/2×b/2) π berechnet) 75,5 qctm. Diese Fälle behandle ich von jeher mit 4—6 Elementen, was an dem absoluten Galvanometer 1 M.-W. ausmacht, während ich nach Müller's Vorschrift (1/24 bis 1/28) 3 M.-W. nehmen müsste. Allerdings geht Müller (pag. 106) bei Polstellung Stirn - Nacken bis auf 1/40 herunter; aber selbst danach müsste ich immer noch beinahe 2 M.-W. nehmen. Ich nehme also auch bei diesen Fällen *Ströme von halb so starker Dichte* und bin mit meinen Erfolgen so zufrieden, dass ich keinen Anlass finde meine Methode zu verlassen. Andere Collegen werden bei genauer Berechnung ihrer Reophorenquerschnitte gewiss zu ähnlichen Resultaten kommen.

Nach dieser mehr persönlichen Abschweifung, für die ich um Entschuldigung bitte, kehre ich zu meinem Referat zurück.

In den ferneren Capiteln des zweiten Abschnittes erläutert Verf. das Princip der schwachen Ströme an sehr instructiven Krankheitsfällen, die aller Beachtung werth sind. Ebenso kommen die beiden anderen Principien zu eingehender Begründung und Darstellung. Dasjenige der häufigen Stromanwendung erhält eine höchst bedeutungsvolle Beleuchtung durch einen Fall von progr. Muskelatrophie, in welchem Verf. durch mehrere Jahre hindurch mit einer für Patient und Arzt bewundernswerthen Ausdauer die Electricität anwandte und schliesslich die schönsten Erfolge erzielte. Viel wichtiger ist aber das Princip der *kurzen Stromdauer* und ich hätte gewünscht Verf. wäre gegen die allgemein verbreitete Lehre langer Sitzungen (bis 10 und 15 Minuten) etwas derber ins Zeug gegangen.

Im neunzehnten Capitel ertönt feierlich das Grabgeläute der *polaren therapeutischen Methode;* in dem letzten wird von dem *Widerstand* des menschlichen Körpers bei der Anwendung des electrischen Stromes gehandelt und schliesslich das *elektrische Bad* als eine unsichere und kostspielige Anwendung der Electricität bezeichnet. Nachdem was ich von Resultaten der electrischen Bäder gesehen habe, kann ich diesem Urtheile nur beistimmen.

Einer ganz besonderen Beachtung empfehle ich das Schlusswort;

es hätte sich noch etwas schärfer gegen die sich selbst so nennenden „Spezialisten für Nervenkrankheiten“ aussprechen können.

Damit wäre ich mit meiner Kritik zu Ende. Damit ich aber auch wie üblich, etwas aussetze, so vermisse ich gegenüber dem allgemeinen Titel des Buches — Electrotherapie, während der Inhalt nur von der Galvanotherapie handelt — eine Belehrung über den unterbrochenen Strom; die ausartende Anwendung der s. g. allgemeinen Faradisation wäre dabei vielleicht mit der ihr sehr nöthigen gebührenden Kritik bedacht worden.

Die Ausstattung des Buches ist musterhaft, der eifrigen und regen Verlagshandlung durchaus entsprechend.

Erlenmeyer.

---

121) **Clevenger** (Chicago): Nervous et mental physics.
(The Americ. journ. of neurol. & psych. 1884 Aug. u. Nov. p 246)

Verf. warnt vor dem laissez faire bei Geisteskrankheiten, auch bei chronischen und selbst bei der Paralyse. Die Hauptsache sei, symptomatisch zu verfahren, Schmerzen, Aufregung, Schlaflosigkeit u. dgl. m. mit geeigneten Mitteln zu bekämpfen.

Verf. weiss von Paralytikern zu berichten, bei denen durch ein geeignetes Verfahren Remissionen herbeigeführt wurden, sodass sie für eine Zeit wenigstens in den Stand gesetzt wurden, für ihre Famile zu sorgen. Koenig (Dalldorf).

---

122) **J. Merces** (London): Osmic acid in sciatica. (Osmiumsäure gegen Ischias.) (The Lancet. 10. Januar 1885.)

Nachdem Verf. die vorzügliche Wirkung des „Bath Mineral Water Hospital“ gegen verschiedene Gelenkkrankheiten sowie besonders gegen Ischias hervorgehoben hat, räth er da, wo dieses oder andere hiergegen empfohlene Mittel sich als unzulänglich erweisen oder ihren Dienst gänzlich versagen, subcutane Einspritzungen einer 1 proct. Lösung zu 3—5 Theilstrichen 1—4 mal täglich in der Gegend zwischen Tuber Ischii und Trochanter major an.

Dieselben leisteten bei 18 Kranken im Alter von 18—65 Jahren 12 mal so gute Dienste, dass die Mehrzahl derselben nach drei Wochen das Hospital verlassen und einige sogar schon nach kurzer Zeit auf den kranken Extremitäten stehen konnten, was ihnen seit Jahren nicht mehr möglich gewesen war.

In sechs Fällen hielt zwar die Besserung nur kurze Zeit an trotz den in einem Falle täglich gemachten 12 Injectionen, doch befanden sich die Kranken immer noch besser dabei, als nach in dieser Weise Abends applicirtem Morphium.

Niemals bewirkte dieses Verfahren Constitutionsstörungen, sondern äusserte sich nur local durch ein vorübergehendes Gefühl von Taubheit, worauf jedenfalls auch die vortheilhafte Beeinflussung des fraglichen Nervenleidens beruht.

Doch sei dem wie ihm wolle, die hypodermatischen Osmiumeinspritzungen geben ein Mittel an die Hand, dessen grossen Werth zweifellos fernere Versuche bestätigen werden. Pauli (Cöln).

---

123) **Shray** (Chicago): Insane hospital a therapeutic implement. (Die Irrenheilanstalt ein therapeut. Hilfsmittel.)

(The Amer. journ. of neurol. & psych. Aug. u. Nov. 1884, p. 366.)

In einer längeren Abhandlung, in welcher auf die therap. Vorzüge der Irrenheilanstalten im Vergleich zur Privatpflege, hingewiesen wird, kommt Verf. zu folgendem Resumé:

1. a) Die Anstalt muss möglichst isolirt liegen.

b) Die Schlafräume sollen innerhalb der Anstalt ein Ganzes für sich bilden.

2) Das Wartepersonal muss sorgfältig ausgesucht, anständig behandelt und ermuthigt werden, auch wissenschaftliches Interesse an den Kranken zu nehmen.

3) Die männlichen Kranken sollen mit gewissen Ausnahmen von Wärterinnen gepflegt werden.

4. „Restraint" muss auf ein Minimum beschränkt und stets als eine Art Therapie betrachtet werden.

5. Die Kranken müssen zweckentsprechend beschäftigt werden.

6. Beurlaubungen sind mit Vorsicht angewandt nützlich.

7. Die Correspondenz muss unter Controlle stehen.

8. Jede Anstalt soll 2 Lazarethe haben.

9. Besuch ist nur mit ärztlicher Erlaubniss zuzulassen.

10. Unterricht ist auch ein Mittel, welches die Behandlung unterstützen kann. Koenig (Dalldorf).

---

124) **P. Rosenbach** (St. Petersburg): Ueber den psychischen Mechanismus der Wahnideen in der primären Verrücktheit.

(Westnek psichiatrii Mierz 1884 II. russisch.)

Verf. behandelt die Entstehungsweise und die sogenannte Transformation der Wahnideen bei Primär-Verrückten und gelangt auf Grundlage seiner Analyse derselben zu Schlüssen, welche mit den landläufigen Anschauungen über diesen Gegenstand nicht übereinstimmen.

Seinen Beobachtungen zufolge entwickelt sich Paranoia stets bei solchen Subjecten, die mit einer gewissen Invalidität ihrer logischen Functionen behaftet sind und die Neigung besitzen, ihrem Bewusstseinsinhalt ohne logische Verarbeitung Vorstellungen einzuverleiben, die in keiner Weise mit einander in Zusammenhang gebracht werden können. Sinnestäuschungen spielen selbst in der sogen. Paranoia hallucinatoria eine höchst untergeordnete Rolle bei der Entstehung von Wahnideen, die meistens primär ohne äussere Veranlassung im Bewusstsein auftauchen und fixirt werden. Die Ausbildung sog. Wahnsysteme trägt zwar zuweilen den trügerischen Stempel einer logischen Aneinanderreihung an sich, doch entbehrt thatsächlich das Gefüge der Wahnideen, die Einzelvorstellungen selbst, welche das Wahnsystem bilden und die Umbildung des Verfolgungswahnes in Grössendelirien eines pragmatischen inneren Zusammeshanges und einer logischen Begründung. Die Tendenz zum Grössenwahn ist nach den Auseinansetzungen des Verf. bereits ein Anfangsstadium der Paranoia vorhan-

den, doch bleibt sie so lange latent, als die intensiven Verfolgungsideen das Interesse des Kranken in erschöpfender Weise beanspruchen. Mit der Zeit erblassen diese Ideen und treten dann die Grössendelirien in den Vordergrund, wobei sie sich, gleichfalls ohne inneren logischen Zusammenhang mit den Verfolgungsideen combiniren.

Hinze (St. Petersburg).

---

125) **Burr** (Michigan): Amelioration of paretic dementia after extensive sloughs. (Besserung der Paralyse nach profusen Eiterungen.)
(The Americ. journ. of Neurol. & psych. 1884, Aug. u. Nov. p. 324.)

Ausführliche Mittheilung einiger Fälle von Paralyse, bei denen nach profussen Eiterungen, theilweise in Folge von Decubitus, auffallende Besserung eintrat. Verf. meint, es würde sich vielleicht verlohnen, auf künstlichem Wege Eiterungen hervorzurufen, wie das ja schon vielfach versucht worden sei. Koenig (Dalldorf).

---

126) **Lunier**: Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 a 1882. (Die Bewegung der Geisteskrankheiten in Frankreich von 1835—1882.) (Ann. méd. psycholog. 1884. September.)

Verf., Generalinspektor des französischen Irrenwesens, giebt zunächst eine Uebersicht über die Zahlen der Geisteskranken und ihre Verhältnisse zur Population nach den Volkszählungen von 1835 bis 1876 auf Tabelle I, welche folgt.

Jahr.	Bevölkerung.	Geisteskranke frei.	Geisteskranke internirt.	Geisteskranke zusammen.	Verhältniss zu 10,000 Einwohner.	Auf einen Geisteskr. kommen Einwohner:
1835	33,346,571	5,999	10,539	16,538	496	2,016
1841	34,230,178	4,480	13,887	18,367	537	1,864
1851	35,783,170	24,433	21,924	46,357	1,295	772
1856	36,139,364	34,004	25,844	59,848	1,656	604
1861	37,386,313	53,160	31,021	84,181	2,252	444
1866	38,067,064	54,707	36,002	90,709	2,382	420
1872	36,102,921	50,414	37,554	87,968	2,440	410
1876	36,839,000	39,887	43,125	83,012	2,250	444

Die Zahl der Geisteskranken hat sich in der Zeit von 1835—1872 verfünffacht. 1876 kam auf 444 Einwohner ein Geisteskranker. Ausserhalb der Anstalten ist in 80% Idiotie und Schwachsinn, innerhalb derselben nur in 11,7%. Bei der letzten Volkszählung 1881 unterblieb übrigens die Erhebung der ausserhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken. Verf. weist auf die Unsicherheit dieser Erhebungen und ihre Ursachen (Mangel an Sachkenntniss bei den Volkszählern etc.) hin.

Eine zweite Tabelle gibt die Zahlen der järlich *in den Anstalten* befindlichen Geisteskranken von 1835—1882, ihr Verhältniss zur Population, die procentische Grösse der jährlichen Bewegung sowie die Betheiligung der beiden Geschlechter an. 1835 waren internirt bei $33^1/_2$ Mill. Einwohnern 10,539 Geisteskranke, also 1 auf 3164, 1882 bei $37^1/_2$ Mill. 49,012, also 1 auf 771 Einwohner. Die Zahl

der Internirten hat sich also, in dieser Zeit verfünffacht. Im Verhältniss zur Bevölkerung ist die Zahl der Internirten gestiegen von 316 auf 1300 pro Million Einwohner, hat sich also vervierfacht, bleibt aber hinter anderen Ländern zurück, wie Englaud (1890 auf 1 Million). Das Wachsthum geschah in ziemlich regelmässiger Progression, abgesehen von den temporären Abnahmen 1850 nach der Cholera, 1872 nach dem Krieg (Verlust von Elsass). Der jährliche Zuwachs beträgt seit 1873 etwa 984. Die Ursachen der Zunahme der internirten Geisteskranken liegen in dem Ueberwiegen der jährlichen Aufnahme gegenüber den Abgängen und in dem fortschreitenden Wachsen der ersteren, abgesehen von den beiden obengenannten Zeitpunkten. Aus der dritten Tabelle (Zugang, Abgang Tod, Heilung etc.) von 1835—1881 ergibt sich nemlich, dass der Zugang immer grösser als der Abgang ist, dass ihre Differenz in genannten Jahren ohne sichtbaren Grund schwankt, übrigens im Vergleich zu den Abgängen abzunehmen scheint. Die Differenz der Zu- und Abgänge der Männer ist kleiner als die der Frauen (100 : 119). Was die Häufigkeit der Geistesstörung bei beiden Geschlechtern betrifft, so kommen im Mittel in der Anstalt auf 100 Männer 110 Frauen. Die wirkliche Frequenz der Geistesstörung liefert aber erst die Betrachtung des Zuganges beider Geschlechter. Im Mittel wurden auf 100 Frauen 114 Männer aufgenommen. Diese grössere Erkrankungsziffer bei Männern ist durch die allgemeine Paralyse und den Alkohol bedingt.

Der Zugang betrug 1835 118 pro Million,
1848 207 „ „
heute 376 „ „

Er hat sich also verdreifacht. Die Ursachen dafür liegen besonders in dem Schwinden der Vorurtheile gegen die Anstalten, dann auch in der Aufnahme jeder Art von angeborener Störung etc. Indess nimmt die Steigerung des Zuganges jährlich ab (1842 12,5%, 1861 5,7%, jetzt 1,10%).

Ausser durch die Vermehrung der Zugänge erfolgte ein Zuwachs durch die geringer werdende Zahl der Heilungen. 1864 betrug sie 27,97%, 1874 nur 24,8%, was von der Aufnahme der Idioten etc. herrührt.

Endlich liegt in der progressiv sich vermindernden Sterblichkeit in Anstalten eine weitere Ursache der Erhöhung der Zahl der Insassen.

Durchschnittlich kommen auf 100 Zugänge jährlich 25 Heilungen, 43 Todesfälle, 23 Abgänge aus anderen Gründen, 9 bleiben als Zuwachs zurück.

Die Zahl der Geisteskranken hat sich nach allem nicht absolut vermehrt. Die Steigerung des Zuganges betrug 1842 12,5%, jetzt nur noch 1,70%. Man kann erwarten, dass sich die Zahl der jährlichen Zungänge in ihrem Wachsthum bald entsprechend der Zunahme der Population erhalten wird.

Der Arbeit sind ausser den Tabellen auch graphische Darstellungen beigegeben. Otto (Dalldorf).

IV. Miscellen.

127) Aus dem soeben erschienenen zweiten Hefte des fünften Bandes der von der k. k. statistischen Central-Commission herausgegebenen „österreichischen Statistik", welcher das Sanitätswesen der im Reichsrath vertretenen Königreiche und Länder für das Jahr 1881 behandelt, entnehmen wir über *Irrenwesen* folgendes: In 22 öffentlichen und 5 privaten Irrenanstalten sind im Jahre 1881 behandelt worden 9694 Geisteskranke, von denen 55 % Männer, 45 % Weiber waren. (Die weibliche Bevölkerung (51,1 %) überwiegt gegen die männliche (48,9 %). Ausserdem sind unter 247,123 in 534 Krankenhäusern behandelten Kranken noch 3,298 Geistesstörungen aufgezählt, so dass die Gesammtzahl der Geisteskranken 12,992 beträgt. In den Krankenhäusern wurden ferner behandelt Krankheiten des Gehirns und seiner Häute 3,117; Neuralgien 2,892; Chronischer Alkoholismus 1149; Selbstmordversuche 410. Die Krankheitsformen jener 9,694 Geisteskranken procentisch auf beide Geschlechter vertheilt, ergab bei Melancholie, Tobsucht und Blödsinn nur unwesentliche Differenzen; bei der Verrücktheit dagegen Männer 15,0 %, Weiber 12,5; bei epileptischer Psychose Männer 4,4 %, Weiber 2,5 %; bei paralytischer Psychose Männer 7,8 %, Weiber 2,5 %.

Der ledige Stand participirt an den Geistesstörungen auf epileptischem Boden mit 75,3 % (Epilepsie ein Ehehinderniss), am Blödsinn mit 58 %, hingegen an den in vorgerückterem Alter auftretenden Psychosen mit Lähmung nur mit 26,3 %.

Aus der *Confessionstabelle* geht hervor, dass die Geistesstörungen bei den Juden häufiger vorkommen.

Die *Alterstabelle* lehrt das überwiegend häufige Vorkommen der meisten Irrsinnsformen zwischen dem 20. und 25. und zwischen dem 45. und 50. Lebensjahre. Die Acme der Häufigkeit zeigen Tobsucht und Blödsinn im 6. und 7., Melancholie im 7., Verrücktheit im 8. Lebensquinquennium. Die Geistesstörung mit Lähmung ist eine Spätform mit der Acme im 9. Quinquennium. Ganz entgegengesetzt tritt die Geistesstörung mit Epilepsie auffallend früh auf.

Die *Ursachen* der Psychosen blieben in 42,5 % der Fälle unbekannt. Als häufigste Ursachen wurden constatirt: Erbliche Anlage, Trunksucht, deprimirende Affecte, Puerperal- und Menstrualstörungen, excedirender Geschlechtstrieb, Traumen.

Ausserhalb der Irrenanstalten gab es 20,001 Irrsinnige d. i. 91 auf je 100,000 Einwohner. Unter diesen steht der Blödsinn oben an mit weit mehr als 50 %.

Kretinen sind im Ganzen 15,151 aufgezählt. Das giebt im Durchschnitt 69 auf je 100,000 Einwohner. Einzelne Bezirke, namentlich die Alpenländer übersteigen diesen Durchschnittssatz aber ganz gewaltig, so z. B. Neunkirchen mit 313, Wolfsberg mit 470, St. Johann mit 511, Judenburg mit 547, St. Veit mit 555, Muran mit 1078 %₀₀₀₀. 56,1 % der Kretinen waren männlich, 43,9 % weiblich; 54,7 % waren zu häuslichen Arbeiten verwendbar. E.

V. Tagesgeschichte.

Der vierte Congress für innere Medicin findet vom 8. bis 11. April 1885 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium desselben übernimmt Herr von Frerichs (Berlin). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 8. April: Ueber die Behandlung der Fettleibigkeit (Corpulenz); Referent: Herr Ebstein (Göttingen); Correfent: Herr Henneberg (Göttingen). Am zweiten Sitzungstage, Donnerstag den 9. April: Ueber Bronchialasthma; Referenten: Herr Curschmann (Hamburg) und Herr Riegel (Giessen). Am dritten Sitzungstage, Freitag den 10. April: Ueber Antipyrese; Referenten: Herr Filehne (Erlangen) und Herr Liebermeister (Tübingen). Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Liebreich (Berlin): Ueber Schlafmittel. Herr Binz (Bonn): Ueber neuere Arzneimittel. Herr Hack (Freiburg): Ueber chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände. Herr Edlefsen (Kiel): Zur Statistik und Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus. Herr Rossbach (Jena): Ueber die Bewegungen des Magens, des Pylorus und des Duodenums. Herr Fleischer (Erlangen): Ueber Urämie. In Aussicht gestellt haben ausserdem Vorträge: Herr Heidenhain (Breslau): Ueber pseudomotorische Nervenwirkungen. Herr Knoll (Prag): Thema unbestimmt. Herr Edlefsen (Kiel): Ueber das Verhalten der chlorsauren Salze im Organismus. Herr Schultze (Heidelberg): Thema unbestimmt. Ausserdem ist eine Ausstellung von Fleischconserven, Peptonen etc. durch Herrn Kochs (Bonn) und verschiedene Demonstrationen vorgesehen.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 2) Langenhagen, (Idiotenanstalt) Director, 1. April. 4500 M. Anfangsgehalt, freie Wohnung etc. Meldung an das Comité zur Errichtung von Idiotenanstalten in Hannover. 3) Ueckermünde, Assistenzarzt 1. April, 1200 Mark freie Station I. Classe. 4) Saargemünd, II. Assistenzarzt, April, 1000 Mark Anfangsgehalt und freie Station. 5) Hamburg, (Friedrichsberg) Assistenzarzt, 15. März, M. 1440 im ersten, M. 1620 im zweiten Jahre, in jedem folgendem M. 1800 und freie Station Verpflichtung auf 2 Jahre. 6) Grafenberg (Düsseldorf), Assistenzarzt sofort, M. 900 und freie Station I. Classe.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12)

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. März 1885. Nro. 6.

INHALT.

I. Originalien. Professor Dr. M. Bernhardt: Beitrag zur Pathologie der sogenannten „Thomsen'schen Krankheit".

II. Referate und Kritiken. Aeby: Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn und Rückenmark. Alexander: Ein Fall von gummösen Geschwülsten der Hirnrinde. Bristowe: Tumor im Balken. Bennet u. Godlee: Excission eines Gehirntumors. Chantemesse: Tubercul. Meningitis der Rolando'schen Furche etc. Löwenfeld: Ueber einen Fall von Tuberculose des Kleinhirns nebst Bemerkungen über die Therapie der tuberculösen Meningitis. Ormerod: Muskelatrophie nach Masern bei drei Gliedern einer Familie. Gerhard: Sensible Entartungsreaction bei Zoster. Finny: Bilateraler Herpes Zoster. Strümpell: Die Krankheiten des Nervensystems. Stiller: Die nervösen Magenkrankheiten. Gilles da la Fourette: Spiritismus und Hysterie. Adams: Die pathologische Untersuchungen in Irrenanstalten. Andrews: Paraldehyd, Nitroglycerin. Money: Idiotie mit allgemeiner Rigidität in Folge von Syphilis. Chapin: Der Geisteszustand in gewissen Zuständen des Typhus. v. Krafft-Ebing: Moralischer Irrsinn oder moralische Verkommenheit.

III. Aus den Vereinen. I. Academie des Sciences. II. Academie de Médecin. III Midland Medical-Society.

IV. Tagesgeschichte. Schuldlose Verurtheilung eines Arztes.

V. Personalien.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das II. Quartal 1885 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Originalien.

Beitrag zur Pathologie der sogenannten „Thomsen'schen Krankheit."

Von Prof. MARTIN BERNHARDT.

Von der seit Westphal's Vorgang mit dem Namen der Thomsen'schen Krankheit belegten eigenthümlichen Affektion sind seit der ausführlichen Publikation Thomsens*) selbst aus dem Jahre 1876 bis heute noch immer so wenig Fälle in der Literatur verzeichnet, dass es meiner Meinung nach zunächst noch die Pflicht eines Jeden ist, dem Gelegenheit wurde, derartige Beobachtungen zu machen, dieselben auch zu veröffentlichen. — Was von diesem merkwürdigen Leiden bis zu der im Jahre 1879 publicirten Arbeit des hier Berichtenden bekannt war, hat derselbe in seiner damaligen Schrift in Virchow's Archiv Bd. 75. S. 516 mitgetheilt: was *seitdem* hierüber erschienen ist, wird am Ende dieser kleinen Abhandlung zu finden sein. Ich beabsichtige nicht, an dieser Stelle auf's Neue ausführlich auf die Pathologie dieses Zustandes zurückzukommen, um so weniger, als ich dem, was ich in meiner ersten Arbeit darüber beigebracht habe, keine experimentellen oder pathologisch-anatomischen Thatsachen hinzu zu fügen vermag. — Die Seltenheit derartiger Fälle und die interessanten ätiologischen Momente, über die ich berichten kann, werden die nachfolgenden Zeilen nicht überflüssig erscheinen lassen.

Der sich mir am Ende des vergangenen Jahres vorstellende 16½ jährige Herr H... ist ein grosser, kräftig gebauter junger Mann. Die Muskulatur seiner oberen wie unteren Extremitäten zeigt eine athletische Entwicklnng: von *Muskelatrophien* nirgends eine Spur zu sehen. Das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet, er klagt aber über eine seit frühester Jugend (seiner Erinnerung nach schon im 5. Lebensjahre) vorhandene eigenthümliche Steifigkeit in seineu Bewegungen. Hat er längere Zeit gesessen und erhebt er sich nun vom Stuhl, so wird der ganze Körper, besonders aber die Beine steif: versucht er zu gehen, so schreitet er die ersten 6—10 Sekunden wie auf Stelzen, die Kniee bleiben steif, erst allmälig werden seine Glieder biegsamer; und nun kann er Stunden lang marschiren, ohne irgend erheblich zu ermüden. Sehr schwierig wird das Ersteigen von Treppen: die ersten 4—5 Stufen geht es wegen der Starrheit der unteren Extremitäten mühsam, erst allmälig leichter. Ein geringes Hinderniss bringt ihu zu Fall, er bleibt dann liegen „steif wie ein Stock," auch die Arme gehorchen nun dem Willen nicht, er kann sich die erste Minute durchaus nicht allein erheben. Fühlt er sich beobachtet oder überhaupt gemüthlich erregt, so treten alle geschilderten Erscheinungen leichter und schneller ein. Aehnliches beobachtet man nun auch an den oberen Extremitäten: sagt man dem P., er möchte den Vorderarm zum Oberarm beugen, so geschieht dies prompt, sofort aber werden die Beuger so fest und starr contrahirt, dass eine Streckung des Vorderarms erst

*) Archiv für Psychiatrie. Bd. VI. S. 702. 1876.

wieder nach einiger Zeit zu Stande kommen kann. Fasst er beim Händedruck meine Hand, so bleiben seine Finger gebeugt: die Flexoren am Vorderarm fühlen sich bretthart an und es dauert wieder eine gewisse Zeit, bis die Finger in die Extensionsstellung zurückgehen können.

Das Kniephänomen ist beiderseits vorhanden, deutlichst ausgeprägt. Das Fussphänomen fehlt, ebenso Westphal's paradoxe Zuckung. Die Sensibilität ist überall intakt, die Sinnesorgane funktioniren normal. Im Facialisgebiet sind keine Besonderheiten zu bemerken; das Schlucken geht normal von Statten; in der Sprache ist öfter ein leichtes Häsitiren bemerkbar: doch ist die frei vorstreckbare Zunge gut beweglich, wenngleich die Bewegungen nicht so schnell ausgeführt werden, wie bei ganz normalen Menschen. — Bei mimischen Bewegungen tritt ein Starrwerden der Gesichtsmuskeln nicht ein, wohl aber macht wiederholtes Oeffnen und Schliessen des Mundes allmälig Schwierigkeiten. Kauen ist wegen leichten Eintritts einer Masseterencontraktur etwas mühsam. Beim Blick nach der Seite hin tritt häufiger ein Hinderniss in dem Sinne auf, als es dem Kranken Mühe macht, die Augen schnell wieder zur Ausgangsstelle zurückzubringen. Die elektrische Erregbarkeit der Gesichtsmuskeln ist normal, auch erschlaffen sie bei Unterbrechung der Reizung sofort, dagegen bleiben die Extremitätenmuskeln (interossei, flexores manuum et digitorum, biceps, quadriceps femoris) nach prompt eingetretener Contraktion noch einige Sekunden *nach* dem Aufhören des elektrischen Stromes contrahirt. In Bezug auf die Urin- und Stuhlexcretion finden sich keine Anomalien; was die Psyche des Patienten anlangt, so ist nur insoweit von einer Störung, wenn man überhaupt diesen Ansdruck dafür anwenden kann, etwas zu berichten, als dem jungen Mann die Gymnasialaufgaben offenbar schwer werden ($16^1/_2$ Jahre alt — Tertianer).

Etwa eine Woche später sah ich die $1^1/_2$ Jahre ältere Schwester des eben geschilderten Patienten, ein 18 jähriges Fräulein. Die mittelgrosse Dame ist stark gebaut, von *sehr kräftig* entwickelter Muskulatur: sie fühlt sich stark, aber doch nicht so, wie es dem Volumen ihrer Muskeln entsprechend zu erwarten wäre. Die Dame ist sehr gebildet, ihre Psyche vollkommen intakt; an ihren Sinnesorganen keine Anomalien: Sprache frei; Zunge nicht besonders gross, beweglich, aber doch nicht so gut, wie z. B. bei einem sie begleitenden etwas älteren gesunden Bruder. Sie merkte ihr Leiden schon als $4^1/_2$ jähriges Mädchen, besonders beim Laufen: war sie erst einmal im Gange, so gings weiter ganz vortrefflich. Wenn sie jetzt (seit zwei Jahren sollen die Erscheinungen in Bezug auf ihre Intensität abgenommen haben) längere Zeit gesessen hat und dann aufsteht, so geht das Erheben vom Stuhl ganz gut von Statten: sowie sie aber steht, wird sie steif und würde beim geringsten Anstoss umfallen; die jetzt folgenden ersten Schritte fallen steif und ungelenk aus, nach einigen Sekunden geht es dann besser. Beim Treppensteigen wird ihr der erste Schritt zur ersten Stufe leicht, die anderen dann aber immer

schwerer und mühseliger. Das Tanzen geht nur schlecht und ungelenkig von Statten. Im Gegensatz zu ihrem jüngeren Bruder hat das Beobachtetwerden eher einen günstigen Einfluss auf ihr Leiden: sie strengt ihren Willen zur Besiegung der in ihrer Muskulatur auftretenden hindernden Steifheit auf's Aeusserste an und kommt auch wirklich so zur theilweisen Beherrschung der ihren Bewegungen anhaftenden Unvollkommenheit. Wieder im Gegensatz zu ihrem Bruder erfolgen die Bewegungen der Oberextremitäten ziemlich frei: sie kann nach Belieben Gegenstände fest erfassen, ohne dass ihre Hand- und Fingerbeuger in tonische Contraktion gerathen: auch schreibt sie leicht und gut. In Bezug auf die Gesichts- und Kaumuskeln fehlen Anomalien.

Von Interesse sind vielleicht noch die folgenden Bemerkungen der sehr intelligenten Dame, dass sie sich des Morgens im Bett nach dem Schlafen *nicht* steif fühlt und ohne Mühe das Bett verlassen kann: erst bei weiteren Bewegungen treten dann die besprochenen Eigenthümlichkeiten auf. Wie schon bemerkt, glaubt sie, dass sich ihr Leiden innerhalb der zwei letzten Jahre gebessert habe: tägliche Exercir- und gymnastische Uebungen haben ihr sehr gut gethan: sie betont aber, dass wie sie Erkrankte nach ihrer Ansicht diese Uebungen nicht in Gesellsehaft mit anderen sondern am besten *allein* (unter Leitung eines Exerciermeisters) vorzunehmen hätten, eine Meinung, welche entgegen ihren oben ausgesprochenen Ansichten, doch wohl auf eine gewisse psychische Beeinflussung und Verschlimmerung des Leidens bei Beobachtung durch Fremde hindeutet.

Auch bei ihrem Bruder begann (dessen Erinnernng nach) das Leiden im 4. oder 5. Lebensjahre und zwar sollen zuerst nur die unteren Extremitäten ergriffen gewesen sein: die Steifheit bei Bewegungen der oberen Extremitäten ist entschieden erst später aufgetreten.

Die Eltern (Cousin und Cousine) unserer beiden Patienten sind verstorben, der Vater 42 Jahre alt am Schlagfluss, die Mutter 52 Jahre alt an Diabetes und Tuberkulose. — Der Ehe entstammen 10 Kinder: zwei leiden wie wir gesehen an der Thomsen'schen Krankheit (von welcher die Eltern frei waren), die übrigen Kinder sind gesund. Der älteste Bruder soll in der Schule (wie der $16^1/_2$ jährige Kranke) nicht gut mitgekommen sein: jetzt ist er ein tüchtiger Landwirth. Zwei andere Brüder unserer beiden Kranken, die ich sehen und sprechen konnte, sind gesunde, intelligente Männer[1]); auch die übrigen Geschwister sollen gesund sein und jedenfalls *nicht* an der in Rede stehenden Krankheit leiden.

Wie oben erwähnt waren Vater und Mutter unserer Patienten blutsverwandt; aber auch die Grosseltern waren Cousin und Cousine (der Grossvater mütterlicherseits war der Bruder der Grossmutter väterlicherseits). — Eine Tochter dieser Grosseltern (Schwester des

[1]) Einer dieser Brüder hat beim Militair gedient und nie etwas von der Krankheit an sich gemerkt: doch besinnt er sich aus seiner Kindheit, dass er einmal rückkehrend von einem Ausflug, wegen Gliedersteifheit nicht vom Wagen konnte (?).

Vaters unserer Kranken), also eine Tante der beschriebenen Patienten litt an demselben Leiden; dieselbe ist verstorben. —

Ein Herr L....., Vetter des Vaters unserer Kranken hatte dessen Schwester (also seine Cousine) zur Frau. Aus dieser Ehe entstammt ein Sohn und eine Tochter: *beide* haben das Leiden; und ein Söhnchen (4—5 Jahre alt) des jungen Herrn L., der wieder seine Cousine geheirathet, soll auch schon die Anfangssymptome zeigen.

Ein anderer Herr L...., Bruder des oben genannten, ebenfalls ein Vetter des Vaters unserer Kranken und ebenfalls mit einer Schwester dieses Vaters verheirathet, hat mehrere Kinder: obgleich keins derselben an Thomsen'scher Krankheit leidet, sind doch fast alle mehr oder weniger schwer lungen- oder nervenleidend.

Ein ähnlicher Fall von Vererbung der in Rede stehenden Krankheit durch mehrere Generationen hindurch findet sich, soweit ich die Literatur übersehe, eigentlich nur in der ersten ausführlichen Publikation über das Leiden von Thomsen selbst. Nur in einem und zwar in einem *wesentlichen* Punkte unterscheiden sich die hier geschilderten Krankheitsfälle von denen in der Thomsen'schen Familie. Am Schlusse seiner Mittheilung sagt der Autor (Th.): „Was die etwaige Begünstigung von Anomalien durch blutsverwandte Ehen betrifft, so dürfte diese Annahme wohl noch nicht recht erwiesen sein; in unserer Familie wenigstens, in welcher die Heredität dieser Affektion eine so erstaunliche Tenacität anzeigt, sind *niemals* blutsverwandte Ehen irgend eines Grades vorgekommen, und dazu sind die einzelnen Mitglieder in den aller verschiedensten Lebensverhältnissen, meistens ohne im Leben in persönliche Berührung gekommen zu sein, aufgewachsen.

Wie ganz anders diese Dinge in der Familie unserer Kranken liegen, geht aus dem oben Gesagten zur Genüge hervor. Die Grosseltern meiner Patienten scheinen nicht an dieser Krankheit gelitten zu haben, waren aber Cousin und Cousine: auch die Eltern selbst waren frei von der Thomsen'schen Affektion aber ebenfalls blutsverwandt. Die Schwester des Vaters unserer Kranken, aus der Ehe blutsverwandter Eltern hervorgegangen, litt an der Thomsen'schen Krankheit, unsere beiden Patienten (ihre Nichte und ihr Neffe) litten daran, desgleichen die Kinder der mit einander blutsverwandten L.'schen Eheleute (Cousin und Cousine der H.'schen Eheleute), und deren kleinster Sohn (dritte Generation) zeigt heute (im 5. Lebensjahre) schon Spuren des bei seinem Vater ausgeprägten Leidens.

In der anderen L.'schen Linie herrschen bei den Kindern der ebenfalls blutsverwandten Eltern zwar nicht die Thomsen'sche Kranhkeit, aber Lungenleiden und Nervenaffektionen anderer Art, so dass sehr wohl diese krankhafte Anlage des Muskelsystems oder der Keim zur Störung in der Harmonie des motorischen Nerven- und des Muskelsystems bei unseren Patienten und ihren Verwandten zu den Fällen von Taubstummheit, Sehnervenstörungen und andern Leiden in Analogie gestellt werden kann, welche an den Sprösslingen blutsverwandter Eltern beobachtet werden. —

Literatur.

Bernhardt (1879): Muskelsteifheit und Muskelhypertrophie. Ein selbstständiger Symptomencomplex.) Virchow's Archiv. Bd. 75. S. 516—537. (Siehe dort die Literaturangaben über die in die Zeit *vor* 1879 über diesen Gegenstand fallenden Publikationen.)

Peters: Ueber Muskelsteifigkeit (tonische Krämpfe in willkührlich bewegten Muskeln). Deutsche Militairärztl. Zeitschr. 1879. 2.

Petrone: Un caso die rigiditá muscolare con lieve ipertrofia dei muscoli. (Nuovo sintoma patologico del sistema nervoso.) Rivista sperim. di frenatria etc. 1881. Fasc. III.

Strümpell: Tonische Krämpfe in willkührlich bewegten Muskeln. (Myotonia congenita.). Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nro. 9.

Ballet et Marie: Spasme musculaire au début des mouvements volontaires. Arch. de Neurol. Bd. V. 1883. I.

Westphal: Demonstration zweier Fälle von Thomsen'scher Krankheit. Berl. klin. Wochenschr. 1883. Nro. 11.

Seppilli: La Malattia di Thomsen, sua analogia coi fenomeni muscolari dell'ipnotismo. Archive ital. per le malattie nervose. Bd. V. 1883.

Schönfeld: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. Berl. klin. Wochenschr. Nro. 27. 1883.

Engel: A case of Thomsen's disease, a form of paresis of motion accompanied by muscular hypertrophy. Philad. Med. Times. Nro. 412. 1883.

Möbius: Ueber die Thomsen'sche Krankheit. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 198. Heft 3. 1883.

Longuet: La maladie de Thomsen (Dysmyotonie congénitale. L'Union médicale Nro. 167. 1883.

Rieder: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. Militairärztl. Zeitschrift 1884. Heft 10.

Pontoppidan: Four Tilfälde af den Thomsen'ske Sygdom. Myotonia congenita. Hosp. Tidende 1884. (Referat aus dem Neurol. Centbl. 1884. Nro. 22.

Vigouroux: Maladie de Thomsen et paralysie pseudo-hypertrophique. Archives de Neurol. Novembre 1884.

S. Ringer und H. Sainsbury: On the nervous or muscular origin of certain spastic conditions of the voluntary muscles. The Lancet 1884. 816. 860.

A. Eulenburg: Ein Fall von Hypertonia musculorum pseudohypertrophica. Neurol. Centralbl. Nro. 17. 1884.

(Das Citat dieses *nach* Eulenburg's Publikation auch zu *meiner* Kenntniss und Untersuchung gekommenen Falles giebt mir Veranlassung zu der Bemerkung, dass ich in der Auffassung desselben, als eines Falles, der der Thomsen'schen Krankheitsgruppe zuzurechnen wäre, mit dem Verf. *nicht* übereinstimme, was andern Orts auseinandergesetzt werden soll. Ebenso scheint es mir nicht ausgemacht, ob der Vigouroux'sche Fall im strengsten Sinne hierher gehört; sobald es meine augenblicklich sehr in Anspruch genommene Zeit erlaubt, werde ich mich über das Verhältniss der Thomsen'schen Krankheit zu andern congenitalen hereditären und familiären Muskeldystrophien des Weiteren auslassen.)

L. Deligny: Observation d'un cas de maladie de Thomsen: — Union med. 1885 Nro. 5. (Die Zugehörigkeit auch dieses Falles zur Thomsen'schen Gruppe muss ich bezweifeln.) —

II. Referate und Kritiken.

128) **Chr. Aeby** (Prag): Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn und Rückenmark. (Dritte Auflage. Bern, J. Dalp 1885.)

Zu dem bekannten übersichtlichen Schema hat der Verf. zur besseren Orientirung nunmehr einen *Text* geschrieben, der auf 16 Seiten in klaren Worten allen, die sich dafür interessiren, ein willkommener Führer sein wird. Goldstein (Aachen).

---

129) **C. Alexander** (Breslau): Ein Fall von gummösen Geschwülsten der Hirnrinde. (Bresl. ärztl. Zeitschrift 1884. Nro. 22.)

Ein 28jähriger Arbeiter, seit 3 Jahren verheirathet, hatte bei seiner Verheirathung ein grosses Geschwür am l. Unterschenkel, das ein Jahr zur Heilung brauchte und mit grauer Salbe verbunden wurde. Erster Krampfanfall April 1884, hat aber vorher schon viel an Kopfschmerzen gelitten. Später häufigere Wiederholung der Anfälle. Infection soll vor 6 Jahren erfolgt sein. Vor 3 Jahren Iritis specifica. Aufgenommen in der Biermer'schen Klinik am 3. Oktober 1884. Pat. hat furchtbare Kopfschmerzen. Kopf andauernd stark nach hinten gebeugt. Gedächtniss hat sehr gelitten. Gesichtsausdruck stupid. R. Pupille verengt, reagirt fast gar nicht auf Licht. Am l. Auge Coloboma iridis in Folge einer Iridectomie. Pat. steht und geht, wenn auch unsicher. Patellarreflexe beiderseits sehr verstärkt. Stauungspapille auf beiden Augen. Meningitis tuberculosa wurde der langen Dauer der Krankheit wegen ausgeschlossen. Es wurde ein intracranieller, wahrscheinlich syphilitischer Tumor (Gumma) als Ursache des Hirndrucks angenommen. Am 7. Oktober leichtes Fieber, Jactation, Delirien, über Nacht Steigerung der Temperatur auf 39,5°, am 8. Oktober morgens 39, 4, 124 Pulsschläge, Tod.

Section: In der Rindensubstanz auf der linken Seite über dem hinteren Ende der Fossa Sylvii im untersten Theile der hinteren Centralwindung ein haselnussgrosser, leicht ausschälbarer harter Knoten von gelblichweisser Farbe, unmittelbar darüber ein erbsengrosser von gleicher Beschaffenheit. Darunter liegende weisse Substanz in grosser Ausdehnung weich und schlotternd. Rechts in der hinteren Centralwindung ebenfalls ein haselnussgrosser Tumor, mit darunter liegender erweichter weisser Substanz. Ausserdem am Scheitelbein Osteoporosis syphilitica.

Die Erscheinungen im Leben lassen sich durch den Sitz der Tumoren erklären. Einige Schwierigkeit bietet die Nackensteifigkeit. Vielleicht ist dabei das wesentliche Moment eine reflectorische tonische Innervation der Nackenmuskeln, ausgehend von einer starken Reizung der sensibelen Nerven der Pia. Goldstein (Aachen).

---

130) **John Bristowe** (London): Cases of tumour of the corpus callosum. (Tumor im Balken.) (Brain October 1884.)

B. beschreibt drei Fälle von Tumoren im Balken, deren Hauptsymptome i. V. waren: Ein progressiver Verlauf, schrittweise eintre-

tende Hemiplegie, deren Erscheinungen zum grossen Theil denen bei Hämorrhagie oder embolischer Erweichung glichen, die Combination ausgeprägter Hemiplegie *einer* Seite mit vagen hemiplegischen Symptomen der anderen, der fortschreitende Blödsinn mit Schlafsucht, Schwierigkeit zu schlucken und Sprachbehinderung und Tod im Coma. Erheblicher Kopfschmerz fehlte meist ganz, Neuritis optica wurde nur in einem der Fälle beobachtet, ebenso fehlten epileptische Krämpfe und Störungen in der Innervation der Augenmuskeln. Der Sitz der Tumoren war in allen Fällen das vordere Drittel, in einem die vorderen Dreivirtel. Die Hemiplegie war in den beiden ersten rechtsseitig, hier dehnte sich der Tumor hauptsächlich in das linke Centrum semiovale, bez. in beide Hemisphären aber mit Einschluss der *linken* Stirnwindungen aus. Zu den Erscheinungen dieses letzteren gesellte sich Neur. opt., rhythmisches Zittern und praemortale hohe Temperaturen. Beim dritten, dem ausgedehntesten und in die weisse Substanz beider Hemisphären tief eindringenden Tumor war die Hemiplegie beiderseits unvollkommen, links aber deutlicher. Die Tumoren in I. und III waren Sarcome, im zweiten Falle wird die Geschwulst als grau von Farbe, derb und sich bröcklich schneidend beschrieben.

Einige der angeführten Symptome, den Kopfschmerz im Beginne, die Form der Hemiplegie, die Demenz mit Schläfrigkeit, den Verlust der Sprache und die Schwierigkeit beim Schlucken, sowie das Auftreten von secessus inscii will B. für die Diagnose verwerthen. Ihre Erklärung finden sie in dem durch den Tumor ausgeübten Druck auf beide Hemisphären und sie steht somit nicht in Widerspruch mit der vielfach gemachten Beobachtung, dass Erkrankung des mittleren Theiles des corp. call., den B. als Ausgangspunkt der drei Tumoren betrachtet, an sich keine deutlichen Erscheinungen macht. Für die Differentialdiagnose kommen in Betracht Hämorrhagie, Erweichung nach Embolie, Erkrankungen der med. oblong. und progressive Paralyse. Entstehung und Verlauf, ev. Neur. optica durch Stauung geben hier die Unterscheidungsmerkmale für die beiden ersten, das Fehlen von oculomuskulären Symptomen sowie von Störungen einzelner Nerven für die Bulbuserkrankungen. Weniger genau lassen sie sich für progr. Paralyse präcisiren und die Diagnose kann hier Schwierigkeit haben. B. bespricht noch einen vierten Fall, in dem ein vom Boden des rechten Seitenventrikels hervorwachsender Tumors des sept. pellu. den fornix und des corp. call. ergriffen hatte. Hier gesellten sich zu den mitgetheilten Symptomen starker Kopfschmerz, Schwindel, Neigung zu Rückwärtsfallen und Steigerung der Sehnenreflexe.

Matusch (Sachsenberg).

---

131) **Benet** und **Godlee** (London): Excision of a tumour from the brain. (Excission eines Gehirntumors.) (Aus dem Hospital für Epilepsie und Paralysis, Regent's Park. British med. Journ. 1885. Jan. 3.)

Ein Mann von 25 Jahren consultirte B. wegen Lähmung des linken Arms. Drei Jahre früher hatte er Anfälle von Zittern, welches im Gesicht und an der Zunge begann und auf Arm und Bein linker

seits übergriff. Daran schloss sich allmälich Lähmung des Arms und Schwäche des Beines. Allgemeine Ernährung gut, Intelligenz normal; doppelseitige Neuritis optica; Anfälle von unerträglichen Kopfschmerzen und beständiges Erbrechen.

Diagnose: Tumor in der Rindensubstanz, in der oberen Partie der Rolando'schen Furche.

Prognose: Ungünstig.

Therapie: Excission des Tumors.

Der Pat. willigte ein. G. trepanirte an einer Stelle, die der oberen Partie der Centralfurche entsprach. Es fand sich dort in der grauen Substanz eingebettet ein gliomatöser Tumor, von der Grösse einer Wallnuss; derselbe wurde herausgenommen. Nach 8 Tagen: Hernia cerebri. Abgesehen von dieser war Pat. 3 Wochen lang durchaus wohl und „frei von allen seinen früheren Symptomen." (Auch von der Lähmung? E.). Am Ende der 4. Woche Schüttelfrost, Fieber — Meningitis. Tod.

Section: Die Gehirnwunde betraf den oberen Theil der vorderen und hinteren Centralwindung und etwas vom Paracentralläppchen. Meningitis. Erlenmeyer.

---

132 **Chantemesse** (Paris): Méningite tuberculeuse en plaque à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du sillon de Rolando. — Monoplégie brachiale. (Tubercul. Meningitis der Rolando'schen Furche etc.) (Le Progrès med. 1885. Nro 6.)

Ein 26jähriger Buchdrucker wird wegen tuberculöser Pneumonie in's Hospital aufgenommen. Trinker. Keine Bleivergiftung.

Im Hospital entwickelt sich in 8 Tagen eine Parese des l. Arms. Dieselbe tritt auf ohne Sensibilitätsstörung und ohne Krämpfe. Die Parese steigert sich schnell zur vollständigen Lähmung der sich auch eine Schwäche des gleichseitigen Beines hinzugesellt. Bis dahin kein Kopfschmerz, kein Erbrechen, keine Sensibilitätsstörungen, keine Pulsveränderung. Kurz vor dem Tode Kopfschmerz; der Kranke erbricht einmal und stirbt nach einigen Zuckungen im Gesicht unter Respirationskrämpfen.

Bei der *Autopsie* findet man nur einen tuberculösen Plaque an der Vereinigung des oberen und mittleren Drittels der Rolando'schen Furche; einige isolirte Granulationen in der unmittelbaren Nachbarschaft, die vordere und die hintere Centralwindung treffend, ebenso einige im Paracentralläppchen. Nichts in den Ventrikeln.

Verf. sagt, dass ein solcher Verlauf nach den wiederholten Veröffentlichungen von Charcot, Chauffard und du Castel als ein abnormer nicht mehr angesprochen werden dürfe.

Erlenmeyer.

---

133) **L. Löwenfeld** (München): Ueber einen Fall von Tuberculose des Kleinhirns nebst Bemerkungen über die Therapie der tuberculösen Meningitis. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 43 u. 44. 1884.)

Margaretha B., 7 Jahre 2 Monate alt, hatte im Alter von $1^1/_2$ Jah-

ren schwere eklamptische Anfälle, vor 1 Jahr Scharlach. Schon längere Zeit vor ihrer jetzigen Erkrankung zeigte sie sich auffallend ungeschickt in ihren Bewegungen und fiel öfters plötzlich vom Stuhle. Seit 10 Tagen anhaltend Kopfschmerzen von zeitweilig grosser Intensität, seit mehreren Tagen heftiger Schwindel beim Aufsitzen, mehrere Male Erbrechen. Gesichtsausdruck verdrossen. Am Halse und in der Leiste Drüsenanschwellungen. Im Bett liegt Pat. beständig mit dem Kopfe auf der linken Seite. Puls 56, Temp. normal. Therapie: Einreibungen mit Jodoformsalbe (4 : 30) in den Kopf; Eisblase. Der vom Verf. in den folgenden 3 Wochen ausführlich geschilderte Zustand liess abwechselnd ein Schwinden und Steigen der Kopfschmerzen und des Erbrechens erkennen, um dann einem anscheinend normalen Platz zu machen. Der letztere dauerte $1^1/_4$ Jahr; während dieser Zeit erholte sich das Kind allmälich völlig und konnte die Schule wieder besuchen. Dann stellte sich ziemlich plötzlich wieder Kopfschmerz, Apathie und Schwindel ein. Kind liegt wieder in linker Seitenlage. Die Apathie ging allmälich in Sopor und in den 2 letzten Lebenstagen in Coma über, 11 Tage nach Beginn dieser letzten Katastrophe erfolgte der Tod.

Die Section ergab Verwachsungen der Pia mit der Dura, Flüssigkeit in den Ventrikeln. An der Stelle des linken Kleinhirnlappens eine gelbliche Geschwulstmasse, mit der Dura verwachsen. Beim Loslösen fliesst grüngelbe, eiterähnliche Flüssigkeit ab. Linker Kleinhirnlappen in eine traubig-lappige Masse von unregelmässiger Configuration verwandelt. Inmitten der Geschwulstmasse eine Höhlung, die lateral bis an den Wurm sich erstreckt. An der Basis vereinzelte miliare Knötchen. Verf. glaubt, dass die Tuberkelentwicklung im Kleinhirn in ganz schleichender Weise begonnen habe; die hinzugetretene tuberculöse Meningitis führte wahrscheinlich zum Hydrocephalus und bildete den Uebergang zu dem subacuten Zustand, in welchem das Kind zum ersten Male bettlägerig wurde. Der Hydrocephalus muss sich in der Hauptsache wieder zurückgebildet haben, wodurch die Zeit der Latenz von einem Jahre sich erklären liesse; währenddem zunehmende Verkäsung und Erweichung der verkästen Tuberkelmassen. Erneute Circulationsstörungen, deren Folge ein Hydrocephalus internus, führte das Ende herbei. Die bei der Section nachgewiesene Umwandlung eines grösseren Tuberkelconglomerates in eiterähnliche Flüssigkeit und die damit einhergehende Erweichung und Anschwellung der Umgebung liessen darauf schliessen. Die Seitenzwangslage erklärt sich Verf. nach dem Sektionsbefund daraus, dass die Lageveränderung der Geschwulstmasse einen stärkeren Druck auf die venösen Blutleiter zur Folge hatte, woraus Steigerung des intercraniellen Druckes und Kopfschmerzen resultirten.

Sehr interessant an dem vorliegenden Falle ist der Umstand, dass Pat. ein Jahr mit einer völlig zerstörten Kleinhirnhemisphäre lebte, ohne dass eine Ausfallserscheinung oder nur ein Zeichen einer ernsteren Gehirnerkrankung bestand. Die Ungeschicklichkeiten in den Bewegungen, das häufigere plötzliche Fallen vom Stuhl, Erscheinungen

welche vor der Zeit der Latenz beobachtet wurden, sind auf die Erkrankung der Kleinhirnhemisphäre zurückzuführen, entgegen der Ansicht Nothnagel's, welcher derartige Zustände den Läsionen des Wurmes zuschreibt und in Uebereinstimmung mit den experimentellen Angaben Schiff's. Anknüpfend an die in diesem Falle geübte Jodoformtherapie, bespricht Verf. zum Schlusse die Behandlung der Meningitis tuberculosa mit diesem Mittel und erwähnt die günstigen Resultate Molechott's und Coesfeld's.

Goldstein (Aachen).

---

134) **A. Ormerod:** Muscular atrophy after measles in three members of a family. (M. A. nach Masern bei drei Gliedern einer Familie.)
(Brain October 1884.)

Die Atrophie, die bei zwei Geschwistern im 6. und im 4. Jahre im Anschlusse an mittelschwere Masern auftrat, betraf zuerst die Muskulatur des einen, dann des anderen Fusses, in weiterer Folge die der Hände, besonders der Daumen, bei dem älteren Kinde auch in den Ober- und Unterarmen. Der Vater der Kinder hatte nach schweren Masern im 1. Lebensjahre Schwund der Muskulatur des linken Fusses und Beines ohne nachfolgendes Kürzerbleiben der Extremität und ohne weiteres Uebergreifen auf andere Muskelgruppen gezeigt. Die übrigen fünf Kinder sind gesund. Die electrischen Symptome bei den beiden Kindern waren die der progressiven Muskelatrophie und Verf. rechnet die drei Fällle zu der „hereditären" Form derselben, wenn sie auch u. A. in der Reihenfolge der Symptome von dem Erb'schen Bilde vielfach abweicheu.

Matusch (Sachsenberg).

---

135) **C. Gerhardt** (Würzburg): Sensible Entartungsreaction bei Zoster.
(Vierteljahrschr. f. Dermatologie u. Syphilis 1884. Sep.-Abdr.)

Seit v. Baerensprung den ersten aufhellenden Gedanken in die Pathologie des Zosters hereingebracht hat, ist auf diesem Gebiete richtig weitergearbeitet worden und man hat sowohl für die primäre Erkrankung der Spinalganglien und des Ganglion Gasseri eine Anzahl von guten anatomischen Belegen erhalten[1]), als auch noch weit zahlreichere Thatsachen, die auf die Bedeutung des Zosters als Symptom peripherer Neuritis hinweisen. Ueber die Art, wie durch Neuritis die Hauterkrankung bewirkt werden könne, ist eine sehr ansprechende Hypothese von Neisser und Weigert[2]) gegeben worden. Das Absterben peripherer Theile in Folge nervösen Einflusses und das Eindringen infectiöser Stoffe in die absterbenden Theile wird als Ursache der Eiterung beim Zoster bezeichnet.

Die wichtigste thatsächliche Bereicherung ist der Zoster-Lehre neuerdings durch Curschmann und Eisenlohr[3]) zu Theil gewor-

---

[1]) E. Lesser, Weitere Beiträge zur Lehre von Herpes zoster. Virchow's Arch. Bd. 93. S. 506.

[2]) Eulenburg's Realencyclopädie. Bd. IV. S. 666.

[3]) v. Ziemssen's Arch. Bd. 34. S. 409.

den, die nach der Heilung des Zosters in zwei Fällen die Entstehung von mehrfachen acut-perineuritischen Knötchen an den betreffenden Nervennästchen nachwiesen. Dabei mag erwähnt werden, das sich seither hier bereits in drei Fällen von Zoster ähnliche Knötchen erkennen liessen.

Diese von Curschmann und Eisenlohr gefundene Thatsache ist gewiss auch geeignet, das Zusammenvorkommen des multiplen Neuroma und der neuropathischen Hautpapillome, auf das v. Recklinghausen hinweist[1]), begreiflicher zu machen. Viele dieser Fälle machen ja unabweisbar den Eindruck eines ins Chronische übersetzten Zosters.

Ueber die Frage: ob und in wieweit besondere trophische Nervenfasern bei diesen Processen betheiligt sind oder erachtet werden können, fehlt freilich jeder directe Nachweis. Doch dürften die experimentellen Erfahrungen von H. Meissner über Erregung von Entzündung am Auge durch Trigeminus-Verletzung wohl auch für andere sensible Nerven die Vermuthung zulassen, dass einzelne Gruppen von Fasern zur Ernährung der betreffenden Endorgane in näherer Beziehung stehen möchten.

Für eine sehr ungleiche Betheiligung sensibler Fasern an den Wirkungen verschiedener Zoster-Ursachen spricht nicht allein von vorneherein die ganz verschiedenartige Localisation dieser Ursachen (Ganglien, Nervenstämme), sondern auch die so auffällige Ungleichheit in dem Masse der Sensibilitätsstörungen, die den Zoster begleiten, seltener überdauern.

Aus dem genaueren Studium dieser Empfindungsstörungen dürfte man erwarten, Anhaltsqunkte zu gewinnen für die Richtigkeit der Annahme, dass beim Zoster eine Entartung sensibler Fasern bis in ihre Endapparate stattfinde. Die elektrische Untersuchung konnte bei Degeneration bis in die Endapparate sicher, vielleicht auch schon bei blosser absteigender Degeneration sensibler Fasern eine Art von Entartungsreaction ergeben. Seit mereren Jahren liess Verf. Zoster-Fälle in seiner Klinik in dieser Richtung untersuchen. Zum Vergleiche wurde jedesmal die entsprechende Stelle der gesunden Seite benützt, nur in dem doppelseitigen Zoster Nr. 4 wurden die benachbarten Hautpartien zum Vergleiche herangezogen. Das Ergebniss war ein recht verschiedenes. Es fanden sich Fälle mit völlig normalem Verhalten der elektrischen Erregbarkeit, solche mit einfacher Verminderung oder Erhöhung der faradischen, ebenso in anderen der galvanischen Erregbarkeit.

Von besonderem Interesse sind nur die folgenden Beobachtungen, die hier im Auszuge wiedergegeben werden:

1. H. Barbara, Dienstmagd, 36 Jahre alt, aufgenommen am 17. Mai 1876. Am 7. Gefühl von Kriebeln und Spannen in der rechten Stirnhälfte, das sie darauf bezog, das ihr kurz zuvor ein Lindenast dahin geschnellt war. Am 11.

---

[1]) Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehungen zu den multiplen Neuromen. Berlin 1882. S. 61.

Zoster des rechten ersten Trigeminusastes ohne Theilnahme der Nase. Am 13. leichtes Frösteln, Fieberbewegung, die noch bis zum 17. fortdauert. Rechte Pupille etwas enger. Erst am 20. eine unvollständig sich entwickelnde Zoster-Gruppe an der Nasenspitze.

Sensibilität: Für einfache Berührungen beiderseits gleich, für den unterbrochenen Strom rechts geringe, aber deutliche Abschwächung der Empfindung gegen den constanten Strom umgekehrtes Verhalten. Die Sensibilität ist rechts für den constanten Strom erhöht.

2. Matthäus D., Schreiner, aufgenommen am 10. April 1880, erkrankt am 3. April unter Frösteln, linksseitigem Kopfschmerz, Reissen im linken Ohr. Zoster-Eruption im Bereiche der Supraorbital- und Supratrochlearzweige des ersten linken Trigeminus-Astes.

Sensibilität: Tastkreise in der Schläfengegend links 3, rechts 2½ Ctm., an der Stirne dagegen beiderseits gleich. Schmerz- und Wärmeempfindung beiderseits gleich. Faradischer Strom wird im Zoster-Gebiet, besonders an der Stelle mit verminderter Tastempfindung erst bei grösser Stromstärke empfunden als rechts. Dagegen wird ein schwächerer galvanischer Strom bereits links im Zoster-Gebiet empfunden, wenn dies rechts noch nicht der Fall ist. Die Nasenschleimhaut reagirt auf Reize links schwächer als rechts.

Mit dem völligen Eintrocknen der Bläschen am 13. bilden sich alle Sensibilitätsstörungen zurück und sind beim Austritt am 26. verschwunden.

3. K. Bernhard, 50 Jahre alt, Kaufmann, wegen universellem Eczem am 28. Mai 1883 aufgenommen, bekam am 25. Juni im Spital unter Fieber bis 39,5 Zoster des vierten rechten Intercostalnerven.

Sensibilitätsprüfung am 27: Druckempfindung im Bereiche des Gürtelausschlages herabgesetzt, faradische Erregbarkeit viel schwächer auf der erkrankten als auf der entsprechenden gesunden Hautpartie.

Galvanische Erregbarkeit.

a) Anode.

Kranke Seite.	*Gesunde Seite.*
5 El. Schmerzempfindung nur an der Austrittsstelle des 4. Nerv. intercost.	
10 El. Schmerzempfindung.	Geringe Schmerzempfindung.
15 El. Heftige Schmerzempfindung.	„ „
20 El. Sehr heftige Schmerzempfindung.	„ „
25 El. Sehr heftige Schmerzempfindung.	Heftige Schmerzempfindung.

b) Kathode.

8 El. Schmerz nur an der Austrittsstelle des vierten Intercostalnerven.	
10 El. Schmerzempfindung.	Geringer Schmerz.
20 El. Sehr heftiger Schmerz.	Schmerz.
25 El. „ „ „	Heftiger Schmerz.

Am 11. Juli (Bläschen eingetrocknet, Röthe verblasst) dasselbe Resultat.

Am 21. (Ausschlag geheilt), Schmerz bei galvanischer Untersuchung beiderseits gleich, bei faradischer rechts noch etwas geringer. Am 28. Verhalten bei galvanischer Untersuchung beiderseits gleich, bei faradischem Strom auf der linken gesunden Seite noch etwas stärkere Empfindung als rechts.

4. Thomas Sp. 20 Jahre, Schustergeselle, erkrankte am 3. August 1883

während einer Krätzkur an Nasendiphtherie, als diese aber geheilt war, begann Erysipel am Nasenrücken, das sich bis zum 12. über den Kopf und oberen Theil des Nackens verbreitete. Zu dieser Zeit erschienen Herpes facialis-Gruppen beiderseits an der Unterlippe. Am 13. fand sich eine theils bläschentragende, theils nur zu quaddelartiger Schwellung der Hautpartie führende Zoster-Eruption beiderseits am obersten Theile des Halses, zwischen Unterkieferrand und Schildknorpel bis zur Wirbelsäule, welche etwa dem Nerv. subcut. colli med. entsprechen.

Sensibilität: Für Nadelstiche stark herabgesetzt. Ebenso Schmerzhaftigkeit bei Anwendung des faradischen Stromes stark vermindert. Bei Anwendung des faradischen Stromes bei 15 Elementen sowohl Ka- als An.-Schliessung mässige Schmerzempfindung, während bei der Oeffnung keine Schmerzangabe erfolgt. Die umgebende gesunde Haut ist vollständig unempfindlich für die gleiche Stromstärke. Bereits am 16. ist der Zoster-Ausschlag fast ganz abgeblasst und eingetrocknet. Sensibilität links normal, rechts dagegen noch Unempfindlichkeit für leichte Nadelstiche.

5 20jährige Köchin, erkrankt am 9. October 1883 an diphtheritischer Angina, am 14. bilden sich vier Zoster-Gruppen am rechten Ohr und Mundwinkel.

Sensibilität: Tastempfindung beiderseits gleich, Tasteindrücke rechts schmerzhafter. Empfindung für den faradischen Strom beiderseits gleich. Der galvanische ist rechts schmerzhafter als links, und zwar tritt die erste Schmerzangabe rechts bei 4, links bei 6 bis 7 Elementen ein, rechts bei Ka.- und An.-Schliessung bei gleicher Stromstärke, links für die Ka.-Schliessung früher.

Dieser vierte Fall zeigt nur schwach und undeutlich das fragliche Verhalten angedeutet, während die drei ersten verminderte Erregbarkeit der sensiblen Nervenendapparate oder Nerven in der Haut zeigen für den faradischen Strom, gesteigerte für den galvanischen. Zugleich ist der Effect der Anodenschliessung im vierten Falle dem der Kathodenschliessung gleich geworden, im dritten sogar stärker.

Hiernach kann man wohl in einigen Zoster-Fällen eine Art sensibler Entartungsreaction als gegeben betrachten.

---

136) **Magee Finny** (Dublin): A case of double, or bilateral, Herpes Zoster. (Bilateraler Herpes Zoster.) (Brit. med. Journ. 1885. 10. Jan.)

Eine 40jährige Frau, an Kopfschmerz leidend, bekommt einen beiderseitigen Zoster, den Verf. „neurotic herpes“ nennen möchte. Die Eruption der linken Seite stellte ungefähr die v. Bärensprung-'sche Varietät: Z. cervico-subclavicularis dar; auf der rechten handelte es sich um ein Z. occipito-collaris. Die Seltenheit des Falles liegt in dem bilateralen Auftreten. Erlenmeyer.

---

137) **A. Strümpell:** Die Krankheiten des Nervensystems.
(1. Th. des 2. Bandes d. Lehrbuches der spez. Pathol. und Therapie v. A. Str. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1885. 2. Auflage.)

Wenn von einem Lehrbuch kaum ein Jahr nach seinem Erscheinen eine zweite Auflage gedruckt werden muss, so wird dadurch zum mindesten bewiesen, dass das Buch in ungewöhnlichem Grade den

Bedürfnissen des betheiligten Publikums entspricht. Der Beifall, den Strümpell's Lehrbuch gefunden, hat guten Grund, denn es leistet das, was in erster Linie von einem Lehrbuche gefordert werden muss: die Darstelung ist klar und kurz. Simplex veri sigillum. Dass in der Sache die Darstellung correct und den neuen Anschauungen entsprechend ist, versteht sich hier von selbst. Ganz besonders zeigt sich Str.'s Lehrtallent bei den „Krankheiten des Nervensystems". Jeder Sachverständige weiss, dass es heutzutage keine leichte Sache ist, die Neuropathologie auf 477 Seiten abzuhandeln.

Die 2. Auflage ist vielfach vermehrt und verbessert. Um ein Beispiel zu erwähnen, ist in der Aetiologie der Tabes die Bedeutung der Lues mehr als früher hervorgehoben worden. Str. ist jetzt der Ansicht, dass „unter der Einwirkung der luetischen Infektion ein Gift gebildet wird, welches speziell auf die betreffenden (meist centripetalen) Fasersysteme deletär wirkt". Diese Auffassung, welche wohl zunächst an Ausführungen Koch's anknüpft, lässt sich mit der des Ref., dass die Tabes nicht eine Theilerscheinung, sondern eine selbstständige Folgekrankheit der Syphilis sei, sehr wohl vereinen. Mit Recht sagt Str. dass die Meinung, wonach die Syphilis nur eine gesteigerte Prädisposition zur Erkrankung an Tabes hervorrufe, eine nichtssagende sei.

Da es üblich ist bei einer Recension auch Monita auszusprechen möchte ich erwähnen, dass mir das Capitel „vasomotorische und trophische Neurosen" nicht glücklich gebildet zu sein scheint. In ihm sind Hemicranie, halbseitige Gesichtsatrophie und Basedow'sche Krankheit zusammengefasst. Die erste würde ich an die Seite der Epilepsie stellen, die zweite muss mit anderen selbstständigen Ernährungsstörungen ein eigenes Capitel bilden, die dritte zählt wohl am besten zu den allgemeinen Neurosen, womit übrigens Str. sachlich einverstanden ist. Hysterie und Neurasthenie hätten vielleicht, ihrer praktischen Wichtigkeit entsprechend, eine etwas ausführlichere Darstellung verdient.

Möge das Buch, welches in mancher Hinsicht an Niemeyer's Lehrbuch erinnert, ein ähnliches Schicksal wie dieses haben.

Möbius (Leipzig).

---

138) **Berthold Stiller** (Budapest): Die nervösen Magenkrankheiten. (Stuttgart, Enke, 1884 202 Seiten.)

Seit dem Erscheinen der bekannten Abhandlung von Beard und Rockwell über die „Verwerthung der Electricität etc." sowie der von Beard über „Nervenschwäche (Neurasthenie)" sind neben dieser letztgenannten Affection auch die häufig als Theilerscheinung derselben auftretenden *„nervösen Magenkrankheiten"*, speciell aber die *„nervöse Dyspepsie"* in den Vordergrund des Interesses getreten, so dass bekanntlich die nervöse Dyspepsie auch auf der Tagesordnung des vorjährigen Congresses für innere Medicin stand. So begegnet die vorliegende Monographie von Stiller, welche übrigens bereits *vor* dem Congresse erschien, einem wahren Bedürfniss; um so mehr, als sie

zum ersten mal die nervösen Magenkrankheiten in systematisch geordneter zusammenfassender Darstellung bringt. Bei der ungemeinen Häufigkeit besonders der nervösen Dyspepsien, von der man bis vor wenigen Jahren, wo so ziemlich alles Hierhergehörige in den grossen Topf des chronischen Magenkatarrhs geworfen wurde, keine Ahnung hatte, muss ein solches Werk nicht allein dem Neurologen sondern ganz besonders dem allgemeinen Praktiker höchst willkommen sein. In Betreff dieser Häufigkeit sei gleich hier angeführt, dass St. unter den zahlreichen Magenkranken seiner Clientel nicht weniger als 60—70% an nervöser Dyspepsie Leidende fand, während Beard und Rockwell bemerken, dass man mit „Wahrscheinlichkeit behaupten" könne, „dass neun unter zehn Fällen von Dyspepsie unter den besseren Klassen von America nervöser Art sind".

Bevor der Verf. an sein eigentliches Thema herantritt, stellt er in einem *„physiologische Vorbemerkungen"* überschriebenen Kapitel das zusammen, was über die Physiologie der Magennerven bisher bekannt ist. Bei den vielen Lücken, welche die Ergebnisse der Experimental-Physiologie offen lassen, bleibt der subjectiven Deutung noch ein nicht geringer Spielraum. Hier sei erwähnt, dass St. den Sympathicus für den eigentlichen oder mindestens für den wichtigeren Gefühlsnerven des Magens hält, während der Vagus als centripetaler Leiter der bis zum Bewusstsein dringenden, jedenfalls schon abnorm starken Sensationen des Magens anzusehen ist.

Verf. theilt die functionellen Nervenstörungen des Magens in die *idiopathischen*, in die *Reflexneurosen* und in die, welche als Ausfluss, als *Theilerscheinung der sogenannten neuropathischen Constitution*, worunter auch Hysterie und Neurasthenie subsumirt werden, zu betrachten sind. Es ist klar, und auch der Verf. verkennt dies nicht, dass bei dieser ätiologischen Eintheilung Wiederholungen nicht zu vermeiden sind, da ja die gleichen Krankheitszustände in allen drei Gruppen wiederkehren. Auch hat die Eintheilung in sofern etwas Missliches, als sie klinisch häufig undurchführbar sein muss. Eine Cardialgie, eine Dyspepsie u. s. w. wird so lange als idiopathische imponiren, bis irgend eine Organerkrankung den Verdacht einer reflectorischen Erkrankung oder anderweitige neurotische Erscheinungen die Vermuthung erwecken, dass die fragliche Magenstörung Symptom einer Neurasthenie oder dgl. sei.

Verf. behandelt in der *ersten* Gruppe, der der *idiopathischen* Mageneurosen: Störungen der Sensibilität in Gestalt von *Cardialgie*, der Motilität als *Erbrechen*, als Leyden'sche mit *tonischem Magen- und Darmkrampf einhergehende Vomitusform* und als *acute Lähmung* des Magens, endlich unter Störungen der Secretion gewisse Formen der *nervösen Dyspepsie*.

Bei Besprechung der *zweiten* Gruppe, der *Reflexneurosen* des Magens wird der Einfluss der verschiedenen Organe auf reflectorische Magenerscheinungen eingehend erörtert. Hier wird besonders die Thatsache betont, dass reflectorische Störungen weit eher durch geringfügige Gewebserkrankungen, als durch bedeutende, tief eingreifende

Texturerkrankungen ausgelöst werden. Verf. macht hierbei die Bemerkung, „es möchte fast scheinen, als ob ein Reiz, der das Bewusst-„sein mächtiger in Anspruch nimmt, in seinen Reflexwirkungen eine „Hemmung erleidet". (Diese Erklärung scheint doch z. B. auf den auch vom Verf. hervorgehobenen stärkeren reflexerregenden Einfluss geringfügiger Gewebserkrankungen sowie Lageveränderungen der weiblichen inneren Genitalien gegenüber schweren Läsionen, als Tumoren etc. nicht ganz zuzutreffen, da das Bewusstsein auch durch letztere nicht immer erheblich in Anspruch genommen wird. Ref.) Endlich constatirt Verf., dass auch bedeutende und andauernde Dyspepsien durch reflectorische Einflüsse erzeugt werden können, was wahrscheinlich auf Beeinflussung der Secretion zurückzuführen.

Den bei weitem grössten Raum entsprechend ihrer Häufigkeit nimmt die Besprechung der III. Gruppe: *Durch allgemeine Neuropathieen bedingte Magenneurosen* ein.

Bei den Sensibilitätsstörungen giebt Verf. eine längere interessante Analyse der *Störungen des Hungergefühls.* Verf. unterscheidet *Hunger* und *Appetit,* indem er Hunger als Gefühl des Nahrungsbedürfnisses, dagegen den Appetit als einen auf „vorgestellte oder mit „den Sinnen (Gesicht, Geruch, Geschmack) wahrgenommene Speisen „objectivirten Hunger", also als „Hunger plus Geschmacksnervenreiz" definirt. Die betreffenden Störungen werden als *Anorexie, Hyperorexie* und *Parorexie* unterschieden, Ausdrücke, die nach bekannter Analogie leicht verständlich sind. Anorexie ist entweder, je nachdem sie den Gegenpol des Hungers oder des Appetits bildet, unmotivirtes *Gefühl des Sattseins* oder *Nausea, Ekel,* welcher letztere als ein im Schlunde localisirtes Muskelgefühl bezeichnet wird. Den Sitz der *Ueblichkeit* dagegen verlegt Verf. in den Magen, „in welchem ein Ge-„fühl der Weichheit und Flauheit entsteht, welches sich zu Ohnmachts-„anwandlungen steigern kann". „Es ist ..... vielleicht als der höchste „Gegenpol des ebenso objectlosen Hungerfühls, nicht aber des Appetits „aufzufassen". Verf. giebt in diesem Kapitel auch eine Schilderung jener Form von hartnäckiger andauernder Anorexie, wie sie ausschliesslich im jugendlichen Alter und meist in den besseren Ständen und beim weiblichen Geschlechte vorkommt, und illustrirt dieselbe durch mehrere Fälle eigener Beobachtung. In Betreff der Hyperästhesie nimmt Verf. an, dass es sich bei der neurotischen Form mehr um eine krankhafte Steigerung des Hungers, bei der organischen mehr um die des Apetits handelt. Bei der Parorexie unterscheidet Verf. Dysorexie als qualitative Alteration des reinen Hungergefühls, und Pseudorexie als die des Appetits.

Nach Besprechung der „*Störungen der gewöhnlichen Magensensibilität*" werden die *neuropathischen Motilitätsstörungen* abgehandelt. Die habituellen *Ructus* der Hysterischen und Neurasthenischen sieht Verf. als hauptsächlich durch „rhytmische Erschlaffungen der Cardia" erzeugt an. Auch die *Rumination* betrachtet S t., der sich hier P ö n s g e n anschliesst, als wesentlich durch eine lähmungsartige Schwäche der Cardia bedingt, zu welcher dann noch eine gewohnheits-

mässige willkührliche Action hinzutrete. Indem wir darauf verzichten, die übrigen Motilitätsstörungen, über die noch ein reiches und interressantes Material zusammengetragen ist, zu berichten, wollen wir schliesslich noch einige Punkte aus dem bereits zu Anfang unserer Besprechung erwähnten Kapitel der „nervösen Dyspepsie", welche Verf. unter die *neuropathischen Secretionsstörungen* des Magens subsumirt, herausheben.

Was die *Bezeichnung* „nervöse Dyspepsie" betrifft, so hält Verf. dieselbe trotzdem sie gegen das terminologische Princip, die Krankheit möglichst nach ihrer anatomischen Grundlage zu bezeichnen, verstösst, dennoch für die relativ beste. Die von Hutchinson und Burkart gewählte Benennung „Neurasthenia gastrica" sei ebenfalls keine exacte, da sie auch alle anderen auf allgemeiner nervöser Basis beruhenden Magenneurosen in sich begreife; wolle man aber die Krankheit als „Neurasthenia dyspeptica" bezeichnen — bekanntlich hat Ewald nach dem Erscheinen von St.'s Arbeit diesen Namen in seinem Corrreferat auf dem Congress gewählt, — so sei auch dies nicht richtig, da es nervöse Dyspepsieen gebe, die nicht auf Neurasthenie, sondern auf idiopathischen und reflectorischen Nervenstörungen des Magens beruhen.

Verf. weist nach, dass die *n. D.* durchaus keine neuentdekte Krankheitsform sei. Dies gelte nur von der deutschen Literatur, während die Affektion sich in englischen und französischen Werken längst beschrieben finde. Verf. vereinigt übrigens unter dem Begriff „*n. D.*" nicht nur die durch Veränderung der Absonderung bedingten Dyspepsieen, sondern die „grosse Krankheitsgruppe, die durch das ge„meinsame ätiologische Moment des nervösen Ursprungs zur Einheit „verbunden, alle die mannigfachen Arten von Dyspepsieen in sich ent„hält, deren Grunglage eine idiopathische, reflectorische oder durch „allgemeine Neurosen bedingte Nervenstörung des Magens ist". Soweit die Dyspepsia nervosa Theilerscheinung der Neurasthenie, ist sie speciell als Theilerscheinung der Neurasthenia sympathica aufzufassen, welche letztere als dritte Form der Neurasthenie neben die N. cerebralis und N. spinalis zu stellen wäre.

In Betreff der *Aetiologie* schliesst sich Verf. dem Ausspruch Chambers' an, dass bei den socialen Classen, welche über die physische Noth erhaben sind, der Einfluss der Psyche vielleicht die häufigste Ursache der Dyspepsie abgiebt.

Anlangend die *differentielle Diagnose*, so sieht Verf., wie schon aus seiner Begriffsbestimmung hervorgeht, in der Aetiologie die wichtigste Grundlage für die Differenzirung von anderen Magenleiden. Dagegen kann er dem von Leube angegebenen objectiven Unterscheidungszeichen, der durch Ausspülung des Magens nachgewiesenen normalen Verdauungskraft des Magens, keinen praktischen Werth zusprechen. Für Verf. „kann es keinem Zweifel unterliegen, dass durch „nervöse Einflüsse, direct oder auf Umwegen, eine wirkliche Secre„tionsstörung und damit eine greifbare chemische Alteration der Ver„dauung statthaben könne". Er meint: „dass das Leerfinden des Ma-

„gens durch Spülung bei einem Dyspeptischen ebensowenig auf ner-
„vöse Dyspepsie schliessen lässt, als das Gegentheil eine organische
„Veränderung der Magenschleimhaut beweisen kann".

Verf. fasst seine Bedenken gegen Leube's Standpunkt p. 188 in mehreren Sätzen zusammen, von denen wir die drei ersten noch wörtlich anführen wollen. „Wir halten 1. die nach ihm einzig be-
„rechtigte idiopathische Form der nervösen Dyspepsie für die seltenste
„Species dieser Krankheit. 2. Liegt der Schwerpunkt der Dysp. nerv.
„nicht in der Wirkung des Verdauungsprocesses auf das Nervensystem,
„sondern umgekehrt. 3. Schliesst der Begriff der Dyspepsie in erster
„Linie die directen Magenbeschwerden in sich, mögen diese auf or-
„ganischer oder nervöser Basis beruhen; die reflectorischen Erschei-
„nungen, welche der Verdauungsact im Nervensystem erzeugt, sind
„nicht eigentlich und jedenfalls nicht ausschliesslich als Dyspepsie zu
„bezeichnen".

Wenn wir schliesslich noch anführen, dass St. die von Burkart als diagnostisches Merkmal angegebenen Puncta dolorosa an den Geflechten des Bauchsympathicus in einzelnen Fällen gefunden, in der Mehrzahl der Fälle aber vermisst hat, glauben wir die wesentlichsten Momente zur Characterisirung des Standpunktes St.'s hervorgehoben zu haben.

Zum Schluss unserer Besprechung können wir nur den Wunsch äussern, dass die Abhandlung zahlreiche Leser finden und zur Ausfüllung der vielen Lücken, die auf diesem erst seit Kurzem methodisch bearbeiteten Gebiete sich vorfinden, anregen möge.

Dehn (Hamburg).

---

139) **Gilles de la Fourette**: Spiritisme et Hysterie. Aus der Abtheilung des Herrn Prof. Charcot. (Le Progrès méd. Nro. 4. 1885.)

In der Familie eines Zuchthausbeamten erkrankten sämmtliche 3 Kinder (ein Mädchen von $13^1/_2$ Jahren und 2 Knaben im Alter von 12 und 11 Jahren) an hysterischem Irresein mit convulsivischen Zuständen, so dass sie schliesslich in der Salpetrière, Abtheilung des Prof. Charcot aufgenommen und behandelt werden mussten. Zuerst wurde das Mädchen im August v. J. während einer bei den Eltern veranstalteten spiritistischen Sitzung, bei der es als Medium zu fungiren hatte, von einer hystero-epileptischen Attaque ergriffen, die indess nur kurze Zeit andauerte. Die ängstlich besorgte Mutter untersagte nun der Tochter, künftig als Medium zu dienen. Eine Dame, die dieser Sitzung beigewohnt und grosses Verlangen empfunden hatte, mit einer befreundeten abgeschiedenen Seele zu conversiren, führte jedoch das Mädchen heimlich fort, um dasselbe in einer neuen Sitzung als Medium zu missbrauchen. Kaum hatte dieselbe begonnen, als das Mädchen von Neuem in einen förmlichen Tobsuchtsanfall und in Convulsionen verfiel. Diese Anfälle haben sich seither bis zu 20 und 30 pro Tag wiederholt. Nach ihr erkrankte der jüngste Bruder, indem er sich ganz plötzlich lärmend im Bette aufrichtete, Löwen und Wölfe sah, Räuber und Mörder mit einem Säbel verfolgte u. s. w. Zwei

Tage später brachen die ersten Krankheitssymptome, bei dem andern Bruder aus, der am wenigsten afficirt wurde, es aber doch auf drei bis vier hysterische Anfälle täglich brachte. Im Krankenhause können die Geschwister nicht zusammen kommen, ohne dass alle drei sofort nach der Begegnung von ihren Anfällen heimgesucht werden.

Es verdient noch hervorgehoben zu werden, dass der Vater im Alter von 13 Jahren fieberhaft erkrankte und in Folge dieser Erkrankung 6 Monate lang alienirt war. Die Mutter ist sehr heftig und nervös. Die Grossmutter mütterlicherseits hat lange an hysterischen Anfällen gelitten und ist an einer Affection des cerebro-spinalen Nervensystems zu Grunde gegangen. Rabow (Berlin).

---

140) **Jame Adams:** On pathological research in asylums for the insane. (Die pathologische Untersuchungen in Irrenanstalten). (The journ. of ment. science Oct. 1884.)

Angesichts der Thatsache, dass von 4785 im Jahre 1883 gestorbenen Irren 65% obducirt worden sind, wirft A. die Frage auf, ob dies Material im vollsten Masse für die Wissenschaft ausgenutzt sei. Dies lässt sich natürlich weder bejahen noch verneinen. Eine grössere Verwerthung verspricht sich Verf. von der allgemeinen Einführung von Tabellen, in deren Columnen die macroscopischen resp. microscopischen Befunde eingetragen werden. Die Columnen bilden: Krankheitsform, Todesart, Kopfhaut, Cranium, dura mater, Arachnoidea, pia, Windungen, Seitenventrikel u. s. f. Die in Ziffern eingezeichnete Beschaffenheit dieser Theile wird aus einer Art von Lexicon entnommen. Z. B. die unter Columne Arachnoidea gesetzte Chiffre A. 5 bedeutet: Arachnoidealflüssigkeit vermehrt. Die zweite Tabelle enthält die microscopische Beschaffenheit der einzelnen Hirntheile. Verf. verhehlt sich die Unvollkommenheit der Methode nicht, hofft aber von der practischen Verwendung fortschreitende Verbesserung.

Matusch (Sachsenberg).

---

141) **J. Andrews** (Buffalo): Report on new remedies: Paraldehyd, Nitroglycerin and Jamaica dogwood. (Bericht über neue Arzneimittel P., N. und J. D.) (Americ. journ. of insanity October 1884.)

A. berichtet über Paraldehyd nichts Neues, urtheilt aber abfällig über das Mittel. Seine Untersuchung über Nitroglycerin oder Glonoïn bestätigen die physiologischen Wirkungen, ein heilsamer Einfluss auf Geisteskrankheit, speciell auf Dementia acuta konnte aber nicht nachgewiesen werden, in einigen Fällen von Epilepsie wirkte es geradezu schädlich. Jamaica dogwood (Piscidia erythrina) sei als Hypnoticum von ungewissem Werthe, erzeuge in grösseren und wirksamen Dosen Uebelkeit und sei für die psychiatrische Praxis unbrauchbar. Bei einigen nervösen und hysterischen Störungen, in denen Opium contraindicirt sei, könne es mit Erfolg angewendet werden.

Matusch (Dalldorf).

---

142) **Angel Money** (London): A case of idiocy with universal rigidity, the result of syphilitic disease of the central nervous system. (Idiotie mit allgemeiner Rigidität in Folge von Syphilis).

(Brain Octob. 1884.)

Ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen, das bis zum 2. Jahre gesund und intelligent war, wurde zu dieser Zeit zweimal an einem Tage von „Krämpfen" befallen, die von längerer Bewusstlosigkeit gefolgt waren. Nach diesem blieb das Kind blödsinnig, konnte nicht mehr gehen und sprechen. Bei der Aufnahme zeigte es ausser starker Gingivitis das auffällige Symptom eines auf die leiseste Lageveränderung folgenden allgemeinen tonischen Krampfes mit Opisthotonus. Das Kniephänomen war vorhanden, Fussclonus konnte wegen einer auch ausserhalb der Convulsionen bestehenden beträchtlichen Starre der Glieder nicht ausgelöst werden. Der Augenhintergrund war normal. Das Kind starb wenige Tage nach der Aufnahme im Kollapse. Bei der Section fand sich Verdickung und Trübung der Hirnarterien mit ausgedehnter Thrombosirung, allgemeine aber links stärkere Atrophie des Gehirnes mit deutlicher Härte vieler Windungen (genauer nicht in der Arbeit angegeben) und Sklerose des pons, der med. obl. und des Rückenmarkes. Die Resultate der microscopischen Untersuchung sind im Original nur angedeutet. Matusch (Sachsenberg).

---

143) **J. Chapin:** On mental capacity in certain states of typhoid fever. (Der Geisteszustand in gewissen Zuständen des Typhus.)

(Americ. journal of insanity. Oct. 1884.)

Ein Typhuskranker hatte 18 Stunden vor dem Tode ein Testament gemacht, das von den benachtheiligten Angehörigen als im geistig unfreien Zustande verfasst angegriffen und das vom Gericht für ungültig erklärt wurde, obgleich der Kranke bis auf leichte Delirien im Beginne des Typhus anscheinend nicht gestört war. In einem anderen Falle traf ein Typhuskranker klare Bestimmungen über sein Vermögen, die auch ausgeführt wurden, konnte sich dessen aber, als er es nach einem Jahre durch Zufall erfuhr, nicht erinnern. Auch hier hatten Inititial-Delirien bestanden. Matusch (Sachsenberg).

---

144) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Diebstahl und socialistische Umtriebe. Moralischer Irrsinn oder moralische Verkommenheit. Gerichtsärztliches Gutachten (Friedr. Bl. u. s. w. 35. Jahrg. 3. Heft Mai und Juni.)

Akten. Alois W., uneheliches Kind, 1861 geboren, Bäcker aus G. wird polizeilich als arbeitsscheues, übel beleumundetes Individuum bezeichnet, dass seit seinem 15. Jahre bereits 10 mal wegen Vagabundirens in die Heimath abgeschoben wurde. 15 Jahre alt, wurde er wegen Hausdiebstahl beim Lehrherrn zu 2 Monate Kerker verurtheilt, später wegen Vagabondage, Diebstahl u. s. w. 13 Monate im Zwangsarbeitshause gehalten. Nach der Entlassung beging er einen gemeinen Erpressungsversuch und wurde deswegen mit 10 Monaten schweren Kerkers bestraft. Hierauf vagabundirte er wieder.

Ein Zeuge erfährt von ihm, dass er communistische Plakate habe, über deren Anschlagen man spitzen würde; doch bestand sein Umgang nur in gewöhnlichen Schnapsbrüdern. Anfang November wegen des Verdachts eines Gelddiebstahls verhaftet, fand man bei ihm sowohl gedruckte als auch von ihm geschriebene socialistische Schriften, meist Kopien, die eine grosse Belesenheit neben Unklarheit der Gedanken und des Styls verrathen. Da W. dem Untersuchungsrichter durch Blick und Ausdruck auffällt, so wird er gerichtsärztlich explorirt. Er ist mittelgross seinem Alter entsprechend entwickelt, frei von Degenerationszeichen, sieht verkommen aus. Die Miene ist trotzig unfreundlich, der Blick starr, durchdringend. Von hereditärer Belastung ist er angeblich frei. Bis zum 14. Jahre war er im grosselterlichen Hause und genoss etwas Elementarunterricht; vom 14. Jahre war er sich selbst überlassen, wurde ohne Neigung Bäcker und durch schlechte Gesellschaft verdorben. Er erblickt sein und der Menschheit Heil im Socialismus, dessen Bekanntschaft er mit 17 Jahren durch Schriften machte, die er auf dem Grazer Trödelmarkte kaufte. Er entwickelt gern sein Programm, wobei er sich in Widersprüche verwickelt. B. bekennt seine schlechten Streiche, die er dadurch erklärt, dass er von den nächsten Verwandten verlassen, früh in schlechte Gesellschaft und an den Schnaps gerathen sei. Seit zwei Jahren hat er sich nur mit socialistischer Lektüre befasst, sich in Oestereich-Ungarn, Italien u. s. w. herumgetrieben und von socialistischen Unterstützungsgeldern gelebt. W. entwickelt seine Ansichten in fliessender, hochdeutscher, gewählter Sprache.

Gutachten. Alois W. ist ein intellektuell und ethisch nicht schlecht angelegter, aber durch Trunkenheit und dissolute Lebensweise moralisch verkommener Mensch. Eine solche Persönlichkeit erblickt gern im Socialismus ihr Heil. Er ist aber kein Fanatiker, sondern ein Lump. W. ist ein einfacher Gewohnheitsverbrecher und nicht ein scheinbarer aus defekter Hirnanlage, wofür die sorgfältigste psychiatrische Untersuchung keinen Anhalt bietet. Die moralische Verkommenheit, Bösartigkeit und Gemeingefährlichkeit des Inkulpaten entspringt nicht organischen inneren, sondern psychologischen, äusseren Bedingungen — einer mangel- und fehlerhaften Erziehung. Das Gutachten wird schliesslich dahin zusammengefasst, dass Alois W. keine irgendwie gearteten Symptome darbietet, aus denen, bezüglich seines Verbrecherthums und seiner socialen Lebensanschauung, eine Gehirnkrankheit oder krankhafte Entartung des Geisteslebens sich folgern liesse. Landsberg (Ostrowo).

III. Aus den Vereinen.

I. Academie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 9. Februar 1885. (Le Progrès méd. Nro. 8. 1885.)

145) **Grasset** hat Versuche über die Wirkung des *Cocain* angestellt und ist zu folgenden Resultaten gekommen:

1) Cocain ruft beim Affen heftige Krampfanfälle hervor.
2) Antagonist des Cocain ist das Chloral.
3) Die thermische Wirkung des Cocain ist nicht dieselbe beim Affen und beim Menschen.

146) **G. Sée** und **Bochefontaine** haben die physiologischen Eigenschaften des *schwefelsauren Cinchonamin* untersucht.. Diese Substanz, welche von einer zu den Rubiaceen gehörigen Pflanze, Remigia purdiana, gewonnen wird, ist sehr toxisch. Sie zeichnet sich durch folgende Wirkungen aus:

1) Fortschreitende Abschwächung der physiologischen Eigenthümlichkeiten des centralen Nervensystems. 2) Krampfhafte Erscheinungen. 3) Abschwächung und Verlangsamung der Herzschläge. 4) Grössere Dosen verursachen schnell den Tod mit Stillstand des Herzens in der Diastole.

5) Atropin vermag nicht, die durch Cinchonamin zum Stillstand gebrachte Herzbewegungen wieder in Gang zu bringen. 6) Die toxische Wirkung des Cinchonamin ist ungefähr sechs Mal so stark als die des Chinin, des Cinchonidin und des Cinchonin.

II. Academie de Médecin zu Paris.

Sitzung vom 17. Februar 1885. (Le Progrès méd. Nro. 8. 1885.)

147) **Desnos** berichtet über *Paraldehyd*. Dasselbe ist ein gutes Schlafmittel, welches trotz einiger ihm anhaftenden Inconvenienzen, zwischen Opium und Chloral placirt zu werden verdient. Seine Anwendung in mässigen Gaben empfiehlt sich besonders bei Herzaffectionen und fieberhaften Zuständen.

Nach C. Paul bewährt sich das Mittel auch bei Morphinismus und Dujardin-Beaumetz und Coudray halten das Paraldehyd für den Antagonist des Strychnin. Erst kürzlich soll in Italien ein mit P. behandelter Fall von Tetanus geheilt worden sein.

Rabow (Berlin).

III. Midland Medical-Society.

Sitzung vom 3. Dezember 1884. (Brit. med. Journ. 1885. 3. Jan.)

148) **Suckling** stellt eine Frau vor, die an *Facialislähmung* mit Entartungsreaction leidet. Die Frau war vor 10 Wochen gestürzt; Blutverlust aus dem rechten Ohre. Am folgenden Tage Gesichtsverzerrung nach links. Vortr. diagnosticirte einen Bruch der Basis cranii und Läsion des Facialnerven im Fallopischen Canal. Auf der rechten Zungenhälfte Verlust des Geschmackes für sauer, süss und salzig.

E.

IV. Tagesgeschichte.

Schuldlose Verurtheilung eines Arztes. Die kürzlich erfolgte Verurtheilung eines Arztes, des Dr. Bradley, zu 2 Jahren Zuchthaus hat das gesammte ärztliche Publikum Englands in die grösste Aufregung versetzt. Nach der Anklage hat Dr. B. sich der Nothzucht an der Eliza Swetmore schuldig gemacht.

Das Verbrechen soll in einem Augenblicke begangen worden sein, in dem sich viele Leute im Hause und in der Nachbarschaft befanden. Es wurde kein Schrei gehört. Keine Spur von Gewaltthätigkeit oder Verunreinigung konnte an der Klägerin oder an dem Inculpaten wahrgenommen werden. Die ganze Anklage fusste allein auf der Aussage der Klägerin, einer Person, die seit ihrem elften Lebensjahre mit Epilepsie behaftet und deren Vater sich noch gegenwärtig in einer Irrenanstalt befindet. Dr. B. macht in seiner Vertheidigungsrede geltend, dass das Weib in seiner Gegenwart von einer epileptischen Attaque befallen worden und in dem Moment, wo es zu sich gekommen, ihn der vorerwähnten That bezüchtigt habe. — Nach eingehendster Prüfung der Sachlage ist nun eine grosse Vereinigung von competenten Aerzten (Gerichtsärzten, practische Aerzte, Chirurgen u. s. w.) zu der festen Ueberzeugung von der völligen Schuldlosigkeit des Verurtheilten gekommen. Ihre diesbezügliche Conclusionen sind nichts weniger als schmeichelhaft für die hochweise Jury von Leicester. (Progr. méd. 1885. 6.) Rabow (Berlin).

Die erste Nummer der „Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer“ liegt uns vor. Diese Zeitschrift ist die Fortsetzung der bisher in 4 Jahrgängen erschienenen „Zeitschrift für das Idiotenwesen“. Wir begrüssen es als glückliche Erweiterung derselben, dass jetzt auch die Behandlung Epileptischer in den Kreis der Besprechung gezogen ist, und wünschen der Zeitschrift glückliches Gedeihen und erfolgreiches Wirken. Red.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Nietleben bei Halle a./S., Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 2) Langenhagen, (Idiotenanstalt) Director, 1. April. 4500 Mark Anfangsgehalt, freie Wohnung etc. Meldung an das Comité zur Errichtung von Idiotenanstalten in Hannover. 3) Saargemünd, II. Assistenzarzt, April, 1000 Mark Anfangsgehalt und freie Station. 4) Görlitz, (Dr. Kahlbaum's Privatanstalt) 1. psychiatrisch erfahrener Assistenzarzt, 2. Volontärarzt. 5) Obernigk, (Dr. Kleudgen's Privatanstalt) Assistenzarzt.

Besetzte Stellen. Ueckermünde, Assistenzarzt: Herr Dr. Freiherr v. Blomberg.

Druckfehler.

Seite 102 Zeile 40 v. o. lies „Berliner medicinischeGesellschaft“ statt Berliner Gesellschaft für Psychiatrie. Seite 104 Z. 26 „meist“ statt nicht. Seite 90, Zeile 5 v. unten lies „fortreisse“ statt fortweisen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. April 1885. Nro. 7.

INHALT.

I. Originalien. Ernst Remak: Zur Pathogenese des peripherische Facialisparalysen gelegentlich complicirenden Herpes Zoster.

II. Original-Vereinsberichte. I. Balneologische Section der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin. II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. III. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

III. Referate und Kritiken. Bellonci: Ueber die centrale Endigung des N. opticus bei Säugethieren. Starr: Localisation im Rückenmark. Pick: Zur Lehre von den Wirkungen der mechanischen Muskelreizung. Pick: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Herzneurosen. Roth: Ein Fall von Tachycardie. Pick: Notiz zur Lehre von der Heredität. Ott: Zur Casuistik der beiderseitigen Lähmungen der mm. crico arytaenoidei postici. Kahler: Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkserkrankungen. Capozzi: Paraplegie durch Wirbelkrebs. Finke: Zur Aetiologie der Epilepsie. Lehmann: Zur therapeutischen Wirkung des Curarinum sulfuricum. Nebel: Ein Beitrag zur Wirkung des Ergotins bei Psychosen. Hasse: Ueber Selbstmord in Irrenanstalten. Rabbas: Ueber Störungen in der Fähigkeit des Lesens bei progressiver Paralyse. Bordoni-Uffreduzzi: Decubitus.

IV. Aus den Vereinen. I. Société de Chirurgie zu Paris. II. Société de Biologie zu Paris. III. Academie de Médecin zu Paris. IV. Société médicale des Hôpitaux zu Paris. V. Société médico-psychologique zu Paris.

V. Personalien.

I. Originalien.

Zur Pathogenese des peripherische Facialisparalysen gelegentlich complicirenden Herpes Zoster.

Von Dr. ERNST REMAK, Privatdocent in Berlin.

An einen aus meiner Poliklinik von E. Voigt (St. Petersburger med. Wochenschrift 1884, Nro. 45) veröffentlichten Fall von Herpes zoster occipito-collaris mit schwerer peripherischer gleichseitiger Facialisparalyse hat A. Eulenburg in Nro. 5 d. Bl. (pag. 37) angeknüpft, um unter Hinweis auf eine ähnliche eigene aphoristische Beobachtung die Hypothese aufzustellen, *dass im Stamme des Facialis selbst wenigstens streckenweise Fasern verlaufen, deren entzündlicher Reizzustand den Zoster vermittelt, welche also als trophische Nervenfasern der Gesichts- und Halshaut anzusprechen sein würden u. s. w.*

Ohne eine Kritik des Eulenburg'schen Falles zu versuchen, möchte ich auszusprechen nicht unterlassen, dass der von uns beobachtete Fall diese Hypothese zu stützen *nicht* geeignet ist. Wenn schon die beschriebene Verbreitung des Zosters auch über den vorderen Cucullarisrand und über die obere Nackenpartie bis in die behaarte Kopfhaut hinauf zu Bedenken Anlass geben sollte, so spricht die namentlich durch die elektrocutane Prüfung nachgewiesene erhebliche Hautanalgesie im Bereiche des abgelaufenen Zoster dagegen, dass diese Analgesie und der Zoster von der nach der Localisation und Intensität der Lähmungserscheinungen von der Strecke des N. facialis innerhalb des Canalis Fallopii zwischen dem Ganglion geniculi und dem Abgang des Stapediusastes ausgehenden schweren Facialisneuritis abhängen kann. Wenn nämlich auch nach physiologischen Untersuchungen von Schiff, Claude Bernard, Arloing und Tripier (vgl. S. Mayer in Hermann's Handbuch der Physiologie, II. Bd. I. Theil, S. 233 u. 252) im Facialis auch noch innerhalb des Fallopischen Kanals einzelne recurrirende sensible Fasern verlaufen, so kommen doch klinisch auf Grund einer Erkrankung des Facialisstammes sonst niemals Hautsensibilitätsstörungen des Gesichtes und Halses vor. Es ist deshalb viel ungezwungener, auf derselben refrigeratorischen Basis neuritische Alterationen einerseits des N. facialis andererseits benachbarter und anastomosirender sensibler resp. trophischer Nervenäste des 3. Trigeminusastes und der oberen Halsnerven insbesondere des Occipitalis magnus anzunehmen, wie sie durch die anatomischen Befunde von Lesser, Curschmann und Eisenlohr, Dubler als Aetiologie des Herpes zoster wahrscheinlich gemacht sind. Dass übrigens Erkrankung des Facialisstammes selbst in der That Zostereruption gelegentlich bewirken kann, dafür habe ich kürzlich folgende Beobachtung gemacht:

Herr Dr. jur. L....., 26 Jahre alt, am 31. October 1884 mir von Herrn Professor Dr. Litten gütigst überwiesen, war 8 Tage zuvor an rechtsseitigen Ohrenschmerzen und am 26. d. M. an rechtsseitiger Gesichtslähmung erkrankt. Seit vorgestern sind am rechten Zungenrande schmerzhafte Bläschen aufgeschossen, welche sich gestern noch sehr vermehrt haben, so dass Pat. beim Genuss von salzigen Speisen und Spirituosen durch das Wundsein der Zunge sehr belästigt wird, während vorher keine Geschmacksalteration bestand. Man constatirt eine complete rechtsseitige peripherische Facialisparalyse mit bereits sehr herabgesetzter Nervenerregbarkeit für beide Stromesarten, welche bis zum 2. November (dem achten Tage der Lähmung) völlig verloren ging. Der Facialisstamm ist auf Druck sehr empfindlich, das Velum an der Lähmung nicht betheiligt. Nirgends am Gesicht oder Halse Sensibilitätsstörung oder Herpeseruption. Dagegen ist *der rechte Zungenrand in seinen vorderen zwei Dritteln von zahlreichen frischen Herpesbläschen bedeckt*, welche bis zum 7. November völlig abheilten, ohne eine Sensibilitäts- oder Geschmacksstörung der betreffenden Zungenhälfte zu hinterlassen. Die elektrischen Reactionen nahmen den für schwere peripherische Lähmungen charakteristischen Verlauf, in-

dem z. B. die für die KSZ bei der Aufnahme auf 1,75 Milliampère bestimmte Minimalreaction des M. frontalis vom 10. bis zum 20. November auf 0,1 MA für die träge AnSZ (bei derselben Elektrode) stieg, und diese typische quantitativ-qualitative Entartungsreaction noch fortbesteht, obgleich seit Mitte December eine langsame aber stetige Besserung der Motilität eingetreten ist. Bemerkenswerth ist ferner, dass vom 10. November bis Mitte December eine dem Patienten äusserst lästige *Empfindlichkeit des rechten Ohrs für Geräusche bestand.*

Wir haben es also mit einer typischen schweren rheumatischen Facialislähmung zu thun, deren Ausgang bei der für Lähmung des M. stapedius sprechenden zeitweiligen Feinhörigkeit oberhalb seines Nervenastes innerhalb des Fallopischen Kanals anzunehmen ist, obgleich die sonst bei dieser Localisation als Symptom der Chordabetheiligung bekannte Geschmacksalteration der entsprechenden vorderen Zungenhälfte fehlt. Gleichsam vicariirend dafür wurde aber eine *typische Zostereruption der betreffenden Zungenregion* beobachtet.

Da es sich nicht wohl um eine zufällige Complication handeln kann, *so ist in diesem Falle der Zoster lingualis in der That als eine eigenthümliche Aeusserung der neuritischen Betheiligung der Chorda tympani innerhalb ihres Verlaufes in der Bahn des Facialis aufzufassen.* So sehr nun auch durch die Untersuchungen Heidenhain's (du Bois-Reymond's Archiv Suppl.-Bd. Festgabe 1883) über die Gefässinnervation der Zunge durch die Chorda tympani theoretische Raisonnements über die Pathogenese dieses Zoster lingualis nahe gelegt sind, glaube ich dennoch mich auf diese thatsächliche Mittheilung beschränken zu sollen.

Berlin, den 8. März 1885.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Balneologische Section der Gesellschaft für Heilkunde zu Berlin.

Sitzung vom 14. u. 15. März 1885.

149) **Groedel** (Nauheim): *Ist es möglich, für die verschiedenen Erkrankungen des Rückenmarks bestimmte balneotherapeutische Indikationen und Methoden aufzustellen?*

Nach einem Hinweis auf die Fortschritte der balneotherapeutischen Behandlung der Rückenmarkskrankheiten durch die Anwendung auch anderer als indifferenter Bäder, sowie auf die Differenzen in der Anwendung derselben (Erb-Leyden), und nach einer kurzen Auseinandersetzung der physiologischen Wirkung der Bäder, die eine Wirkung auf das Centralnervensystem — Stärkung oder Schwächung — erwarten lassen, bespricht G. die Beeinflussung der Rückenmarkskrankheiten durch die Bäder und hebt die günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden, die Resorption von Krankheitsprodukten, die Bekämpfung von Anaemie oder Hyperaemie des Rückenmarkes etc.,

sowie die Wirkung auf die Sensibilität und elektromotorische Erregbarkeit hervor.

Die oben aufgeworfene Frage muss G. verneinen, da bis jetzt nur die Wirkung der thermischen Reize, die überall angewandt werden können, näher bekannt sind und weiter bezüglich der Methode noch sehr viel von der Erfahrung zu erwarten ist. Mehr und mehr nähere man sich schon darin einander z. B. in der Vermeidung excessiver Temperaturen wegen des allgemein schwächenden Einflusses. Ob durch dieselben direkte Verschlimmerungen hervorgerufen werden könnten, indem sie Anämie oder Hyperämie der Centralnervenorgane bewirkten, will er dahin gestellt sein lassen.

Was speziell die Soolbäder (Nauheim) betrifft, die immer mehr von Rückenmarkskranken bes. Tabischen besucht werden, so beeinflussen dieselben durch ihren Wärme-, Salz- und CO_2 gehalt in nicht so heftiger Weise das Gesammtnervensystem, wie die kalten und heissen Bäder. Nach G.'s Erfahrungen ist bei Tabes die Reaction gegen Bäder gross, die Empfindlichkeit gegen dieselben ist in allen Stadien, bei starken und schwachen Constitutionen, vorhanden. Desshalb vorsichtiger Beginn mit leichten Bädern (26^0 R., CO_2 reich 3% Salz, 10 Min. Dauer, nach 2—3 Bädern 1 Tag Pause), allmählige Steigerung, keine schroffen Uebergänge. Auch bei Anwendung warmer indifferenter und Stahlbäder sowie Kaltwasser ist die Reizbarkeit der Tabischen erst vorsichtig zu prüfen, höchstens bis 22^0 R. 15 Min. Dauer herabzugehen.

Für Leptomeningitis spin. passen in frischen Fällen indifferente, in älteren Stahlbäder etc., für Myelitis chron. mit gesteigerter Reflexerregbarkeit Soolbäder ($25—26^0$ R., mässiger Salzgehalt, CO_2 reich), auch Stahlbäder, für spastische Erscheinungen Soolbäder (26^0 R., mittlerer Salz- und CO_2 gehalt), für heftige Schmerzen sind indifferente Thermen wohl besser als Nauheim, für peripherische Neuralgien wärmere Bäder. Für Neurasthenia spin. passt Nauheim, nachher Kaltwasserkur oder Seebad als Nachkur.

In der Diskussion stimmt Rohden (Oeynhausen) dem Vortrag. bei, will indess nur ältere Fälle von Leptomeningitis spin. baden lassen. Scholz (Cudowa) hebt die irritirende Wirkung der Stahlbäder hervor, die für alte Fälle oft günstig sei. Im übrigen müsse man vorsichtig probiren. Schott (Nauheim) wendet Anfangs noch schwächere Bäder als Vortr. an und verneint auch die als Thema aufgeworfene Frage. A. Eulenburg (Berlin) wendet sich mit Recht gegen das Generalisiren in den Erklärungsversuchen bei den Vorrednern, gegen Ausdrücke wie Hyperämie, Anämie, Fluxion etc. bei der noch zweifelhaften Natur der zu Grunde liegenden Prozesse, ferner gegen das Aufstellen von Indikationen nach klinischen Erscheinungen (Schmerzen, Ataxie, Spasmen), da nur der Sitz nicht der Prozess selbst für letztere massgebend ist. Groedel bemerkt nach den klinischen Erscheinungen specialisirt zu haben auf Grund von Erfahrungen, ohne sich eine Erklärung für das Beobachtete geben zu können.

150) **Joseph** (Landeck): *Ueber männliche Hysterie.*

Nach einem historischen Ueberblick theilt J. zwei Fälle von H. virilis mit, deren *erster* einen 18 J. alten Handlungslehrling betraf (H. gravis). Der Grossvater des Pat. hatte periodische Aufregungszustände und grosse hysterische Anfälle gehabt. Pat. klagte, nachdem er längere Zeit schwer hatte arbeiten müssen, und im März 1880 ein fieberhafter Zustand mit spinalen Erscheinungen aufgetreten war, späterhin über Schwerfälligkeit der Beine, hatte Lach- und Weinkrämpfe, Anfälle von Opisthotonus etc., starke Reflexerregbarkeit. In Landeck Juni 1880 wurden einzelne Lähmungen constatirt. Der r. Fuss wurde etwas nachgezogen, Globus, grosse Empfindlichkeit der Haut, spontane heftige Convulsionen ohne Bewusstseinsverlust. Nasse Einwickelungen wirkten günstig. Nach einiger Zeit verschwanden die Erscheinungen, nur etwas Reizbarkeit blieb zurück. Der *zweite* Fall betrifft einen 38 J. alten Pferdehändler (H. levis). Keine hereditäre Veranlagung, zuletzt grosse körperliche Anstrengung. Es trat Stimmbandlähmung, Globus, Reizbarkeit auf, ferner hysterische Anfälle mittleren Grades. Bis auf ein reizbares Wesen wurde auch dieser Pat. wieder hergestellt. J. fügt sodann Bemerkungen bei über die neueste Literatur des Gegenstandes, die Ursachen (bes. lange geistige und körperliche Anstrengungen), die Differentialdiagnose der Hysterie (Hypochondrie, Neurasthenie) und die Therapie.

151) **A. Eulenburg** (Berlin): *Ueber elektrische Bäder.*

Vortr. erläutert an der Hand von Abbildungen, Apparaten und Modellen (Hirschmann in Berlin) die Tecknik des elektrischen Bades, geht sodann nach einem Hinweis auf seine vor 2 J. erschienene Schrift über das elektrische Bad zu der Frage der Ableitung von Strömen aus dem menschlichen Körper im elektr. Bad über und theilt seine diesbezügliche Methode sowie die den Trautwein'schen entgegengesetzten Resultate mit. E. führt eine Elektrode mit Unterbrecher in den Mund, die andere durch eine gebogene Glasröhre an die Nackengegend. Im monopolaren Kathodenbad ergibt sich bei Schliessung der Nebenleitung ein Ausschlag der Nadel (schwächer als bei Trautwein), der übrigens bei Ausschaltung der Hauptleitung auch vorhanden ist. Es rührt dies von Nebenströmen her, die sich im Bade bilden, und es ist bis jetzt noch nicht als gelungen anzusehen, Stromzweige aus dem menschlichen Körper abzuleiten. Nach weiteren Bemerkungen über die elektrische Douche theilt E. seine Erfahrungen über das elektrische Bad mit und empfiehlt es für gewisse Formen von Neurasthenie, die auch sonst für allg. Elekt. geeignet sind und bei denen von local. Elekt. nichts zu erwarten ist und zwar als faradisches und galvanisches (Ka) Bad, weiter für alle Neuralgien und Neurosen konvulsivischer Natur, sowie Morb. Basedowii. Wenig günstig wirke dasselbe bei Tabes und bei Hysterie gar nicht. Vorsicht sei nöthig, bes. beim galvan. Bad (Collaps). Die Einwürfe gegen das elektr. Bad beruhen auf Missverständniss. Es handele sich ja um allg. Elekt., nicht um locale Applikation und bei monopolarem Bade gehe doch sicher der Strom durch den Körper.

152) **Pelizaeus** zeigt eine neue von Hirschmann in Berlin nach seinen Angaben construirte *konstante Batterie*, die sich in mehrfacher Beziehung vor den bisherigen auszeichnet. Auf einer Platte von etwa 60 Ctm. Länge und 45. Ctm. Breite sind die Polklemmen, Kurbelstromwähler, Stromwender, Induktionsapparat, Flüssigkeitsrheostat u. s. w. angebracht. An dem hinteren Rande der Platte befinden sich 23 Polklemmen, 2 für den Ind. Strom, 21 Nro. 0—20 bezeichnet zur Verbindung mit der Batterie. Letztere aus 40 oder mehr Elementen bestehend befindet sich in einem je nach der Anzahl der Elemente 60—70 Ctm. breiten, 80—90 Ctm. hohen und 10 Ctm. tiefen Schränkchen, welches oberhalb der beschriebenen Platte aufgehangen und mit dieser durch 23 Drähte verbunden wird. Die Elemente (modificirte Zinkkupfer - Elemente ohne Diaphragma) zeichnen sich durch bedeutende Constanz, leichten Ersatz einzelner Theile aus. Sie stehen zu je 10 resp. 12 und 4 resp. 5 Reihen und sind einzeln leicht zu übersehen resp. durch neue zu ersetzen. Der Apparat ist natürlich nicht transportabel. Er leistet trotz seiner geringen Dimensionen dasselbe wie eine Batterie von grossen Siemens-Remak'schen Elementen, vor der er sich durch geringeren Umfang, geringeren Preis, leichtere Aufstellung und bequemere Handhabung auszeichnet. Otto (Dalldorf).

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. März 1885.

153) **Hadlich:** *Ein Fall von Kopftetanus.*

Nach Anführung der geringen Zahl von Fällen genannter Krankheit in der Literatur theilt H. folgenden Fall aus seiner Praxis mit: Ein $2^1/_2$ jähriger Knabe verletzte sich beim Hinfallen leicht an der *rechten* Backe. 12 Tage nachher wurde sein Gesicht schief, eine *rechtsseitige* Facialislähmung war zu constatiren. Der Knabe wurde unruhig, bekam 10 Tage später einen Krampfanfall. Am 23. Tage nach der Verletzung war eine kleine, mit einem Schorf bedeckte, vernarbende Wunde auf der rechten Backe noch zu constatiren, welche in 5 Tagen geheilt war. Die *rechte* Gesichtshälfte war zugleich glatt und unbeweglich, links waren die Falten deutlich. Das Gesicht war nach links verzogen, beim Weinen fand eine starke Verzerrung dorthin statt. Die *rechte* Lidspalte war enger als die linke. Der *rechte* Mundwinkel war etwas zusammengezogen, demgegenüber war der linke etwas offen und stand tiefer. Die Pupillen waren mittelweit und reagirten gegen Licht, die Nasenlöcher waren austernartig aufgetrieben. Die Masseteren sprangen deutlich vor, die Zahnreihen konnten nur 1 Ctm. weit von einander entfernt werden. Bei solchen Versuchen trat Trismus, erschwerte Respiration, Salivation ein und dauerten diese Anfälle 1—2 Min. Im folgenden Monate traten Nachts noch andere Anfälle auf: Trismus, Nackenstarre, tetanische Erscheinungen, insbes. im rechten Arm und Bein. Die Sensibilität konnte nicht untersucht werden. Allmählig vollkommen gesund.

H. bemerkt noch, in der Literatur fänden sich bis jetzt 15 derartige Fälle von Kopftetanus. Sein Fall sei dem Alter nach der jüngste, der älteste sei 52 J. gewesen. Von den 16 Fällen seien nur 5 und zwar die jüngsten zur Heilung gekommen.

In der Diskussion führt Herr Bernhardt als 17. Fall den von Paul Wagner in Schmidt's Jahrbücher neuerdings beschriebenen an.

Herr Remak geht auf die krampfartigen Zustände in dem gelähmten Facialis näher ein. Er selbst habe in einem ähnlichen Falle Erscheinungen, wie bei peripherischer Lähmung beobachtet. Eine Erklärung sei schwierig zu geben. Ob in dem Falle des Vortr. vielleicht nur eine Parese bestanden?

Herr Bernhardt sah krampfhafte Zustände in paretischen Muskeln, ohne sie erklären zu können. Bei einer schweren Facialislähmung zuckte, während Tic convulsif der anderen Seite bestand, das Augenlid der gelähmten Seite mit. Es sei auch abnorm erhöhte Reflexerregbarkeit bei peripherischer Lähmung beobachtet worden.

Herr Remak deutet auf die frühere Wiederherstellung der motorischen Leitung im Gegensatz zu der elektrischen Erregbarkeit hin. In seinem Falle seien keine Reflexe im Facialisgebiet vorhanden gewesen. Man müsse in Zukunft darauf achten.

Herr Westphal weist auf die krampfartigen Zustände in paretischen Muskeln bei Hysterie hin. Sie könnten sonst auch ganz wohl eintreten, soweit nicht gröbere Erkrankungen der Nerven vorlägen.

Herr Hadlich bemerkt, die Facialislähmung sei allerdings nur eine mässige gewesen. In der Ruhe sei kaum eine Verzerrung des Gesichtes wahrgenommen worden.

154) **Uhthoff**: *Ueber Neuritis optica bei multipler Sclerose.*

Die Mittheilungen schliessen sich an den Gnauck'schen Vortrag „über Augenstörung bei multipler Sclerose“ aus dem vorigen Jahre an. U. berichtet über einige neue Fälle, wo er neuritsche Veränderungen an den Papillen bei multipler Sclerose beobachtete. Die Krankengeschichten werden mitgetheilt, nachdem kurz das bis dahin in der Literatur über diesen Gegenstand Bekannte erwähnt. An diese Fälle schliesst U. allgemeinere Betrachtungen über das Vorkommen von Neuritis optica bei multipler Sclerose überhaupt. Mit den mit Gnauck zusammen früher beobachteten Fällen von multipler Sclerose (50—60) finden sich etwa in 10% aller Fälle dieser Erkrankung neuritische Erscheinungen an den Papillen und in etwa 25%, wenn nur die Kranken gezählt werden, welche einen pathologischen Augenspiegel-Befund am nerv. opticus hatten. Im Uebrigen geht U. sodann auf das Wesen der Sehstörung bei multipler Sclerose näher ein und erörtert die verschiedenen Möglichkeiten, wie neuritische Veränderungen an den Papillen bei der Herdsklerose zu Stande kommen können.

Zum Schlusse demonstrirt U. Präparate von einem Fall von partieller Opticusatrophie bei multipler Herdsklerose, welchen er während des Lebens beobachten konnte. Otto (Dalldorf).

III. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 20. Februar 1885.

155) **Benedikt:** *Über einige Grundformeln des neurophathologischen Denkens.*

Vortr. knüpft an die Forderung Kant's an, die Erkenntnisslehre soll der Lehre von den Erkenntnissen vorausgehen. Die klinische Wissenschaft gehe aber zunächst aus empirisch sich aufdrängenden Thatsachen hervor und erst nach einer langwährenden Tragikomödie der Irrungen werde es in jeder Frage möglich, zu wichtigen orientirenden Denkformeln zu gelangen.

Mehrere derselben zu entwickeln, sei die Aufgabe des Vortrages.

I. Theoretische Konstruktionen in klinischen Fragen seien der möglichst misstrauischen empirischen Kritik zu unterziehen.

Da die theoretische Basis für die meisten klinischen Fragen insuffizient sei, müsse mann a priori annehmen, theoretische Konstruktionen enthalten nicht alle Faktoren, die in dem klinischen Probleme enthalten sind.

II. Klinische Thatsachen verlieren nichts von ihrer Thatsächlichkeit, wenn wir sie theoretisch nicht einzuordnen verstehen.

Zur Erläuterung macht B. einen Rückblick auf die Entwicklung der Frage von der sogenannten „Galvanisation des Sympathicus". Er rügt zunächst, dass der Ausdruck gegen das *Prinzip der unpräjudizirlichen Bezeichnungen* verstosse, da mehr Faktoren in Betracht kommen, als die Bezeichnung aussage. Man habe nicht zunächst die empirische Kritik der Thatsächlichkeit angelegt, sondern die Thatsachen bestritten, weil man sie nicht verstand. Nach und nach hat die Empirik nach heissem Kampfe die Thatsachen adoptirt; für eine Erklärung sei die Zeit noch nicht gekommen.

III. B. wendet sich nun den Prinzipien zu, nach denen man Symptome, die in verschiedenen peripheren Organen derselben Kategorie (z. B. Muskeln) oder verschiedenen Kategorien (z. B. Muskeln und Hautnerven) zum Ausdrucke kommen, *einheitlich* auffassen könne.

a) Ein erster Gesichtspunkt sei in allgemein wirkenden Potenzen zu suchen, als: Blutbeschaffenheit, besonders bei Intoxikationen, weiters im Fieber etc.;

b) sei nach dem *Gesetze von* Charles Bell vorzugehen und die Lokalisation an jenen Querschnitt zu verlegen, in dem die ergriffenen Fasern beisammen liegen und durch eine lokale Ursache zugleich ergriffen werden.

Bei vielen Nervenaffektionen wurde man sofort nach diesem Prinzipe an's Zentralnervensystem gewiesen. Hier stosse man aber auf eine Schwierigkeit, nämlich, dass nicht ein Querschnitt die ergriffenen Theile in jener Repräsentanz enthalte, welche die Symptome einheitlich auffassen lasse. So z. B. könne man bei einer progressiven Muskelatrophie, welche die oberen und unteren Extremitäten ergriffen hat, nicht sagen, eine Erkrankung eines Querschnittes in der Halsanschwellung oder weiter oben könne die Atrophie erklären.

Es müssen eben gewisse Zellen in der Lendenanschwellung krank sein. Damit komme man aber zur *Idee der Systemerkrankungen*, die wesentlich von Flechsig ausgebildet ist. Ein „System" aber stelle entweder Theile der grauen Substanz von homologer physiologischer Beteutung dar, oder ein Fasersystem, das je zwei homologe graue Systeme verbinde.

Für Krankheiten, wie Tabes, progressive Muskelatrophie, progressive Lähmung der Gehirnnerven u. dgl. sei der Ausdruck Systemerkrankung eine einfache physiologische Definition der klinischen Thatsachen, die durch keine Sekundärbetrachtung erschüttert werden kann. Ein Widerspuch beweise nur, das die scheinbar widersprechenden Thatsachen falsch aufgefasst und die widersprechenden Argumente falsch seien. Die nervösen Elemente eines Systemes seien mit dem Stützapparate und dem Gefässsystem so eng verknüpft, dass eine Systemerkrankung von *jedem* dieser Elemente ausgehen könne.

c) Sei ein gewissermassen *embryologischer* Standpunht festzuhalten, den der Vortragende dem früh verstorbenen Oskar Simon verdankt. Weit auseinanderstehende und besonders symmetrische Theile gehen aus Zellen hervor, die in einer früheren Epoche der Entwicklung einen gemeinschaftlichen Ausgangspunkt haben oder den Keim einer gleichzeitigen und gleichartigen Degeneration in sich tragen können. Dieser Gedanke sei später von Strümpell in die Nervenpathologie übertragen worden. B. glaubt jedoch, dass man die Paralysis agitans oder progressive Muskelhypertrophie, für welche beide man den Simon'schen Standpunkt in Anspruch nehmen könnte aus triftigen Gründen als centrale Neurosen ansehen müsse.

Dass jedoch die Systemerkrankungen meist darauf beruhen, dass die betreffenden Nervenpartien so veranlagt sind, dass sie nach einer bestimmten Zeit und nach einem bestimmten Grade in Abnutzung degeneriren, sei unzweifelhaft. Damit sei aber nicht gesagt, dass die Degeneration gerade vom Nervengewebe ausgehen müsse.

IV. Nun geht B. zur Betrachtung der *pathologischen Anatomie* über, welche den progressiven chronischen Nervenkrankheiten zu Grunde liege. Er betont, dass die entzündlichen Gefässerscheinungen wenigstens als Intialerscheinungen allgemein seien, dass neben Hyperplasie des Bindegewebes auch unzweifelhafte Neubildung aus dem amorph — „blastematös" — gewordenen Bindegewebe sicher gestellt sei und das die Atrophie der Nervenfasern und der Ganglien aus primärer Schwellung hervorgehen.

Welcher der drei Faktoren zuerst erkranke, sei aus den anatomischen Bildern im Allgemeinen nicht zu entscheiden. Doch gebe z. B. die verschiedene Prognose bei gleichen klinischen Bildern und noch nicht differenzirtem anatomischen Befunde das Recht zur Behauptung, dass der Meschanismus nicht immer der gleiche sei. So z. B. sei die Prognose der Ataxie unvergleichlich günstiger bei prodromaler Sehnervenatrophie, als bei vielen anderen Fällen. Von der sogenannten syphilitischen Tabes sei in der Mehzahl der Fälle auszusagen, dass sie durch Blutvergiftung bedingt seien, wobei vielleicht mehr als das sy-

philitische Virus die sogenannten antispezifischen Medikamente zu beschuldigen seien.

V. Schliesslich hebt B. hervor, dass es eine grosse Gruppe centraler Neurosen gebe, die nicht nach den früher erwähnten Prinzipien betrachtet werden können.

Dieselbe ist als *diffuse Neuritis centralis* anzusehen und typisch für diese Gruppe sei die auf- und absteigende Form der Dementia paralytica.

Hier seien selbst analoge Symptome nicht mehr absolut auf ein System reduzirbar, sondern man müsse bestimmte Symptomenkomplexe und Symptome jeden für sich in jene Herde und Systeme verlegen, die uns aus dem isolirten Vorkommen dieser Symptomenkomplexe und Symptome bekannt sind. So z. B. Paraplegie und Tabes in's Rückenmark, Alalie und Schlingbeschwerden in die Medulla oblongata etc.

Dises diagnotische Prinzip habe B. längst als *diagnostisches Diffusionsgesetz* geschildert, ohne dass es Beachtung fand. Es beruhe auf der elementaren Thatsache, dass bestimmte Theile des Centralnervensystems, besonders unter bestimmten Bedindungen, in ein *solidarisches Erkrankungsverhältniss treten.*

Besonders sind es apoplectiform eintretende Krankheitsprozesse, welche dieses Verhältniss begünstigen.

Auch die experimentelle traumatische Cerebritis sei diesem Verhältnisse stark unterworfen, aber dasselbe sei erst spät von den Experimentatoren gewürdigt worden und die sekundären „Shok"-Herde seien bisher viel zu wenig aufgesucht und ihr Zustand nicht beschrieben worden.

Besonders *die Grosshirnhemisphären* treten gern mit *subkortikalen Centren in dieses solidarische Erkrankungs-Verhältniss* ein und die Nichtbeachtung des diagnostischen Diffusionsgesetzes und des genannten Verhältnisses seien die Ursache, warum die Schlussfolgerungen aus dem Studium der Hemisphären-Erkrankungen so widerspruchsvoll und so wenig ergiebig ausgefallen sind.

Die ganze Lokalisationslehre innerhalb des Gehirnes müsse vom Standpunkte der in diesem Abschnitte geschilderten Erkenntnisslehre neu aufgenommen werden. Dabei muss betont werden, das trophische Solidarität nicht nothwendig funktionelle bedeutet. Das muss besonders den Gudden'chen Experimenten gegenüber hervorgehoben werden.

—r.

III. Referate und Kritiken.

156) **G. Bellonci**: Sulla terminazione centrale del nervo ottico nei mammiferi. (Ueber die centrale Endigung des N. opticus bei Säugethieren.) (Mem. d. R. Accad. d. Se. di Bologna 1885.)

Anknüpfend an seine früheren Arbeiten, welche den intracerebralen Verlauf der Opticusfasern in den 4 niederen Wirbelthierclassen betrafen, untersucht B. nun diese Verhältnisse bei den Säugethieren.

Bei allen Wirbelthieren endigen die aus dem Nervus opticus

stammenden Fasern an derselben Stelle des Gehirnes (Tectum opticum der niederen Wirbelthiere, corpora quadrigemina anteriora der Säugethiere) wo sie sich in ein Netzwerk auflösen, das mit den Nervenfasern in Verbindung steht.

Keine Faser aus dem Nervus opticus endet in den lateralen Kniehöckern; einige Bündel durchsetzen dieses Ganglion blos.

Analoga der hinteren Vierhügel finden sich bei allen Wirbelthieren. Obersteiner (Wien).

---

157) **M. A. Starr** (New-York): Localization of the functions of the spinal cord. (The Amer. journal of neurol & psych. 1884. Aug. & Nov. p. 443.)

Verf. versucht in einer längeren Arbeit die Functionen der grauen Substanz des Rückenmarks zu localisiren.

Die Arbeit zerfällt in einen anatomischen, einen physiolog. und einen pathol.-anatomischen Theil; über Einzelheiten möge im Original nachgesehen werden. Koenig (Dalldorf).

---

158) **Alois Pick** (Prag): Zur Lehre von den Wirkungen der mechanischen Muskelreizung. (Prag. med. Wochschr. Nro. 13, 14 u. 15. 1884.)

Verf. stellte an Kranken der propädentischen Klinik (Prof. Knoll) Versuche über den sog. idiomusculären Wulst und die wellenähnlich fortschreitende Contraktion an. Unter idiomusculären Wulst (knollenförmige Contraction — Chwostek) versteht man die auf die Reizstelle beschränkte Contraction des Muskels bei localer mechanischer Erregung. Mit dem Percussionshammer oder durch Anklopfen mit der Fingerspitze prüfte Verf. an den Thorax- und Extremitätenmuskeln die mechanische Erregung. Bei den Thoraxmuskeln führte dies sehr häufig nur zur Zuckung der getroffenen Muskelbündel, eine idiomuskuläre Contraction war sehr häufig nicht wahrzunehmen. Die Wulstbildung war meistens nur bei abgemagerten Individuen sichtbar, ihr ging meistens eine Zuckung vorauf. Sehr häufig ging auch eine flache, wellenförmige Contraction voraus, 1—3 Ctm. weit von der Anschlagstelle entstehend, bis zur Anschlagstelle, die durch Auftreten einer umschriebenen Gänsehaut erkennbar war, verlaufend und dort mit der Wulstbildung endigend. Letztere bestand wenige Secunden, um dann durch einfaches Absinken oder durch eine wellenförmige Verdickung zu verschwinden. Diese Erscheinung war nicht durch die Gesammtverkürzung der getroffenen Muskelbündel bedingt — wohl aber jene bei einem Reconvalescenten nach doppelseitiger Pleuritis, bei welchem spontanes fibrilläres Zucken am l. Pectoral. major wahrnehmbar war, und wo beim Beklopfen dieses Muskels in kurzen Pausen mehrfach sich wiederholendes Zucken der betroffenen Muskelbündel eintrat. Der anfänglich gebildete Wulst wurde dadurch hin- un herbewegt. Eine ähnliche Erscheinung wurde noch einmal bei einem an Caries der Brustwirbelsäule und Compressionsmyelitis leidenden Kranken beobachtet. Der idiomuskuläre Wulst lässt sich regelmässig, wenn auch nicht an allen Muskeln, beim Menschen erzeugen.

Beim Percutiren des Pectoris major zeigte er sich vorwiegend nur bei abgemagerten Personen. Die wellenförmig fortschreitende Contraction sah Verf. nur bei 5 Fällen. Die von Auerbach und Schiff angestellten Thierversuche bestätigt der Verf.; betreffs der Verhältnisse des Auftretens der wellenförmigen Contraction hält er Schiff's Behauptung, dass es sich um verminderte Erregbarkeit des Muskels handele, für unhaltbar. Ob es jedesmal ein Ausdruck höchster Energie des Muskels ist, wie Auerbach will, ist noch nicht sicher festgestellt. Die Bedingungen für das Zustandekommen der wellenförmigen Contraction und des idiomusculären Wulstes werden wohl nicht in allen Fällen die gleichen sein.

Goldstein (Aachen).

---

159) **Alois Pick:** Beiträge zur Pathologie und Therapie der Herzneurosen. (Prag. med. Wochenschrift. Nro. 44. 1884.)

160) **Adolf Roth:** Ein Fall von Tachycardie. (Prag. med. Wochenschrift Nro. 48 u. 49. 1884.)

Pick beschreibt nach einer kurzen Einleitung über das nervöse Herzklopfen kurz drei Fälle, wovon der erste bei einem 30jährigen Manne, der an Wechselfieber gelitten, den typischen Neurosen nach Malariainfection an die Seite gesetzt wird. Der zweite und dritte Fall wurde auf Kothstauungen zurückgeführt. Es handelt sich bei derartigen Patienten wohl um eine Erregung des Hemmungscentrums von den Unterleibsorganen aus durch die Splanchnici. Der Puls ist nicht beschleunigt, Steigerung der Energie der einzelnen Contractionen hat statt.

Roth beschreibt recht ausführlich einen Fall von Tachycardie aus der Klinik des Prof. Halla. Er betraf eine 70 Jahre alte Taglöhnerin, die bis zu ihrem 18. Lebensjahre gesund gewesen war, dann eines Tages während der Feldarbeit von heftigen, pochenden Schmerzen in der rechten unteren Thoraxhälfte befallen wurde und zu Boden fiel. Diese Anfälle wiederholten sich in kurzen Zwischenräumen 50 Jahre lang. Es wurde in der Klinik neben hochgradiger Tachycardie tuberculöse Lungenspitzeninfiltration, Emphysem und diffuse Bronchitis constatirt. Beobachtet wurden 25 Anfälle, von denen der längste ca. 87 Stunden, der kürzeste 3 Stunden dauerte. Die längste Pause zwischen je zwei aufeinander folgenden Anfällen betrug 14 Tage, die kürzeste 3 Stunden. Das Maximum der Pulsschläge während der Anfälle war 208 in der Minute, das Minimum 160. In der Pause überschritt die Pulsfrequenz niemals 100, sank aber auch nicht unter 80. Die Respiration, auch in der Pause beschleunigter als in der Norm, stieg während des Anfalls oft über 40, erreichte sogar die Zahl 56. Verf. glaubt, nachdem er die bisher beobachteten Fälle vergleichend herangezogen, dass es sich hier um eine Herzneurose handelte, aufzufassen als Störung des regulatorischen Herznervensystems. Einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit besitzt die Vermuthung, dass eine direkte, durch Druck einer tuberculösen Lymphdrüse erzeugte, Lähmung des Halsvagus vorliege. Die in diesem Falle vorhandene Herzhypertrophie

dürfte wohl auf die enorme Arbeit des Herzmuskels bei den häufigen Anfällen zu beziehen sein, während die bedeutende Stauung im kleinen Kreislauf während des Anfalls eine Dilatation des rechten Ventrikels mit der Zeit hervorrufen musste. Die Herzhypertrophie ist keine sehr häufige Erscheinung bei Tachycardie, wohl aber die Insufficienz der Tricuspidalklappe, die auch im vorliegenden Falle vorhanden war und sich durch systoliches Blasegeräusch an der Herzspitze, positiven Venenpuls am Halse, Lebervenenpuls und endlich durch Venenpuls und Venenklappenton an den Cruralgefässen während der Anfälle bemerkbar machte. Kurze Zeit nach den Anfällen pflegten die Symptome eines nach dem anderen zu verschwinden; am längsten währte das systolische Herzgeräusch. Goldstein (Aachen).

---

161) **Arnold Pick** (Dobrzan): Notiz zur Lehre von der Heredität. (Prag. med. Wochenschr. Nro. 50. 1884.)

Zur Illustrirung der Anschauung, dass Psychosen, Nervenkrankheiten und (scheinbar bloss) moralische Abnormitäten in innigster Verbindung stehen gibt Verf. folgende instruktive Tabelle:

	1. Tochter, blödsinnig ledig.	
	2. Sohn, ausschweifend Tab. dors. c. Atroph. nerv. opt. heirathet eine gesunde Frau.	1. Tochter chronische Hautaffektion(Syphilis?) 2. Tochter normal.
Vater in angeblich zwangsmässiger Weise ausschweifend. Mutter geisteskrank.	3. Tochter, epileptisch, im Alter hemiplegisch und geisteskrank, heirathet einen gesund. Mann.	3 Söhne, davon 2 an (wahrscheinlich) epileptisch. Krämpfen leidend. 2 Töchter, eine bisher normal, die zweite choreatisch und psychisch abnorm.
	4. Tochter ausschweifend, periodisch geisteskrank, Mann gesund.	1 Tochter normal, ein Ohr verbildet. 1 Tochter blödsinnig. Mehrere andere Kinder bisher normal.
	5. Sohn ausschweifend, Tab. dors. c. Atroph. nerv. optic. heirathet eine Cousine (Vaters Bruder Tochter).	1 Tochter choreatisch, periodisch geistesgestört.
	6. Tochter, angeblich normal.	1 kleines Kind einen epilept. Anfall.

Zur Ergänzung ist zu bemerken, dass der anscheinend selbst gesunde Bruder des Stammvaters eine im späteren Alter gelähmte Tochter zeugte. Beachtenswerth sind die in zwei Generationen in die Erscheinung tretenden Excesse in Venere, die wahrscheinlich auch in dritter Generation nicht aufhörten. Der Geschlechtstrieb war hier instinktiv erregt; die Ursachen dafür sind also in einer körperlichen Veranlagung zu suchen. Die interessante Thatsache, dass 2 Brüder, beide ausschweifend, an Tabes erkrankten, lässt vermuthen, dass noch anderweitige Umstände (Syphilis? Erkältung?) eine wesentliche, hier nicht zu eruirende Rolle dabei spielen. Goldstein (Aachen).

---

162) **Adolf Ott** (Prag): Zur Casuistik der beiderseitigen Lähmungen der mm. crico arytaenoidei postici. (Prag. med. Wochschr. Nro. 14. 1884.)

Es handelt sich um einen 54 Jahre alten Zuckersieder, der seit langer Zeit an den Folgen beiderseitiger Otitis media suppurativa litt und seit etwa 19 Jahren ab und zu Athmungsbehinderung verspürte. Bei tiefer Athmung hört man deutliches Stenosengeräusch. Bei schwacher Athmung wird, wenn auch nur unbedeutend, die Stimmritze inspiratorisch vergrössert, exspiratorisch verkleinert. Dies ändert sich bei forcirter Athmung und bei der Phonation. Es treten sofort die Stimmbänder im Inspirationsmoment bis auf eine schmale Spalte zusammen, während im Exspirationsakt die Spalte sich vergrössert. Wir haben es hier mit einer Lähmung des Stimmritzenerweiteres, der mm. cricoarytaenoidei post. hauptsächlich, zu thun. Eine gleichzeitig vorhandene auf den arcus palatopharyng. beschränkte Parese rechterseits, ist wohl auf die voraufgegangene Otitis zu beziehen. Das in diesem Falle eigenthümliche Verhalten der Stimmbänder bei ruhiger Athmung spricht für die von O. Rosenbach aufgestellte Ansicht über die Ursache der inspiratorischen Verengerung der Stimmritze. Die Contraktion der Verengerer muss auf einer rhythmisch perversen Innervation beruhen, in Folge deren der innervirende Impuls nur in einer Richtung, und zwar zu den nicht gelähmten Muskeln geleitet wird. Wäre, wie sonst behauptet wird, die Dichtigkeitsdifferenz der Einathmungsluft allein anzuschuldigen, so müsste stets nur eine Einwärtsstellung, keineswegs aber, wie hier bei sublimer Athmung beobachtet wurde, ein Auseinandertreten der Stimmbänder die Folge gewesen sein. Goldstein (Aachen).

---

163) **O. Kahler** (Prag): Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkserkrankungen. (Prag. med. Wochschr. Nro. 31, 33, 34. 1884.)

Verf. behandelt in diesem Vortrage (gehalten in der General-Versammlung des „Centralvereins deutscher Aerzte im Böhmen“ am 17. Juli 1884) die Frage nach der Restitution der nervösen Elemente bei den sogenannten Systemerkrankungen des Rückenmarks. Die Klinik berichtet über Heilungen oder bedeutende Besserungen bei der spinalen progressiven Muskelatrophie — bei amyotrophischer Lateralsclerose oder progressiver Bulbärparalyse — Erkrankungen die das motor. Leitungssystem betreffen — nur Negatives, während die Be-

richte nicht ganz so ungünstig bei der Tabes dorsalis — dem Hauptrepräsentanten der sensibelen Leitungssysteme — lauten. Die pathologische Anatomie gibt bislang so gut wie keine Antwort den Fällen von scheinbarer Heilung oder Besserung gegenüber und der eine in diesem Sinne verwerthbare Fall von Schultze-Erb lieferte ein negatives Resultat. Die Aufgabe, die sich Verf. stellte, war daher die, durch Experimente an Hunden ein Fasersystem im Rückenmark derartig zur Degeneration zu bringen, dass dabei die günstigsten Bedingungen für eine Regeneration desselben gewahrt bleiben und dann zu sehen, ob bei genügend langer Lebensdauer der Versuchsthiere Regeneration sich nachweisen lässt. Da nun festgestellt ist, dass die übergrosse Mehrzahl der in der weissen Substanz der Hinterstränge verlaufenden Nervenfasern direkte Fortsetzungen der in das Rückenmark eintretenden hinteren Wurzeln darstellen, da ferner nachgewiesen ist, dass die hinteren Wurzeln und deren Fortsetzungen in den Hintersträngen degeneriren, wenn sie von den zugehörigen Spinalganglien getrennt werden, indem die letzteren nach dem Waller'schen Gesetz das trophische Centrum für die Wurzeln bilden, so ist in der Durchschneidung der hinteren Wurzeln ein bequemes Verfahren zur Untersuchung des Verhaltens eines degenerirten Fasersystems im Rückenmark gegeben. Die in neuester Zeit von Perikles Vejas angezweifelte Richtigkeit des Waller'schen Gesetzes bestätigte Verf. durch neue mit Singer ausgeführte Versuche. Ebenso widerlegt Verf. die von Bechterew und Rosenbach aufgestellte Ansicht, welche bei Durchschneidung der hinteren Sacral- und Lendennervenwurzeln neben aufsteigender Degeneration in den Hintersträngen, Veränderungen in der grauen Substanz, vor allem degenerative Vorgänge an den Ganglienzellen der Vorder- und Hinterhörner fanden. Ob Artefakte, ob traumatische Veränderungen des Rückenmarks, bedingt durch die nicht sorgfältige Operation, vorlagen, lässt Verf. unentschieden. So viel ist sicher, dass bei Befolgung des von Singer angegebenen Operationsverfahrens sich Veränderungen weder in den Vorderhörnern noch in den Ganglienzellen der grauen Substanz überhaupt nachweisen lassen. —

Des Verf.'s Versuche verliefen folgendermassen: Hunden im Alter von 8—12 Wochen, wurden die hinteren Wurzeln des ersten und zweiten Sacralnerven und der 3.—4. unteren Lendennerven in entsprechender Entfernung von ihrer Eintrittsstelle in das Rückenmark gequetscht. Wo es ging, wurde die hintere Wurzel allein, sonst mit der vorderen zusammen der Quetschung unterworfen. Nach der Operation wurde absolute Anästhesie (Tast-, Lage- und Schmerzempfindung betreffend) der linken Pfote, sowie Fehlen der Sehnen- und Knochenreflexe am Unterschenkel und Fusse nachgewiesen. Grobe Motilität des l. Hinterbeines ungestört, Lähmung und Atrophie der betreffenden Muskeln dort, wo auch die vorderen Wurzeln durchgequetscht waren. Gewisse Bewegungsstörungen zeigten auch die Hunde, welche keine Läsion der vorderen Wurzeln erlitten. Anästhesie und Fehlen der Sehnenreflexe blieben bestehen. Die Section zeigte bei einem 4 Wochen nach der Operation getödteten Hunde deutliche graue Verfärbung der central von der Quetschungsstelle

gelegenen Wurzelabschnitte, bei einem Hunde, der $^1/_2$ Jahr noch gelebt, waren sie auffallend dünner, als die rechtsseitigen, etwas weniger weiss, bei einem Hunde nach 1 Jahre etwas dünner, aber ebenso weiss wie rechts. Diese Regeneration wurde mikroscopisch noch deutlicher. Schon nach 4 Wochen konnten zwischen den degenerirten Fasern bereits eine grosse Zahl schmale, hell gefärbte regenerirte nachgewiesen werden, nach $^1/_2$ Jahre fand Verf. markhaltige, normal aussehende Fasern vor, von bedeutend kleinerem Durchmesser als rechts. Nach 1 Jahre war mikroscopisch ein Unterschied nicht mehr nachzuweisen.

Dagegen zeigte die mikroscopische Untersuchung des Rückenmarkes selbst bei dem nach $^1/_2$ Jahre geopferten Hunde das bekannte degenerative Dreieck schon im Hals- und Brustmark ausgesprochen, je weiter gegen das Lendenmark, um so grösser das Degenerationsfeld. In der Höhe der ersten und zweiten Lendennerven war der linke Hinterstrang auf die Hälfte verkleinert, sein lateraler Antheil noch intakt, der mediale aber geschrumpft und völlig degenerirt. Bei dem Hunde, der 1 Jahr gelebt, bestand eine auffallende Assymetrie der Hinterstränge, das septum medianum posterius war mit seinem hinteren Ende stark nach links verzogen als Ausdruck einer weit vorgeschrittenen Schrumpfung des Degenerationsfeldes. In beiden Fällen erschien das linke Hinterhorn im Vergleich zum rechten nicht reducirt, aber es bestand eine sehr starke Verschmälerung der aus den Hintersträngen in die mediale Seite des Hinterhorns eindringenden Faserzüge der hinteren Wurzelbündel. Je näher der Operationsstelle, um so auffallender wurde die Verschmälerung, schliesslich fehlte sie an einzelnen Schnitten gänzlich. Normal sahen die hinteren Wurzeln selbst aus so wie die direkt in das Hinterhorn eintretenden Antheile, und endlich auch die dem Hinterhorn von der medialen und hinteren Seite anliegenden Hinterstrangfelder. Hochgradige Veränderungen fanden sich natürlich im Bereiche der durchgequetschten Lenden- und Sacralnervenwurzeln, nur jedoch auf Hinterhorn und Hinterstrang der linken Seite beschränkt; letztere waren auf die Hälfte, resp. auf ein Drittel reducirt, als Folge des fast vollständigen Verschwindens der markhaltigen Fasern. — Der Befund zeigt also das Ausbleiben einer jeden Regeneration an den innerhalb des Rückenmarks liegenden Fortsetzungen der hinteren Wurzeln. Extra- und intramedullare Antheile der hinteren Wurzeln degeneriren unfehlbar und gleichzeitig nach Abtrennung von ihren trophischen Centren, den Spinalganglien, Regeneration des extramedullaren Abschnittes tritt ein, des intramedullaren aber nicht. Verschieden sind diese Fasern auch in ihrem anatomischen Bau, da die Fasern der Rückenmarksnervenwurzeln, wie die peripheren Nerven, Schwann'sche Scheide und Ranvier'sche Einschnürungen besitzen, welche den Nervenfasern im Rückenmarke fehlen. —

Da eine Wiederherstellung der nervösen Elemente demnach bei den sogenannten Systemerkrankungen nicht statt hat, so müssen die klinisch beobachteten Fälle von Wiederherstellung gestörter Funktionen die Folge der Eröffnung vicariirender Leitungen sein.

Goldstein (Aachen).

164) **Capozzi:** Paraplégie douloureuse par carcinome des vertèbres. (Paraplegia durch Wirbelkrebs.) (L'Union médicale nach der medicina contemporanza 1885. Nro. 1.)

Im October 1881 empfand ein Mann von 50–60 Jahren einen plötzlichen dolchartigen Schmerz in der Lendenwirbelsäule, der sich im März 1882 auf die Extremitäten ausbreitete, erst rechts, dann auch links und unaufhörlich war. Es folgten Verstärkung der Schmerzen, Schlaffheit, schwere und schnelle Ermüdung der Beine, Ameisenlaufen, Unmöglichkeit auf dem Rücken zu liegen.

Die Untersuchung ergab im August das Centrum des Schmerzes zwischen letztem Brust- und erstem Lendenwirbel, von dort nach der regio inguinalis und den Beinen irradiirend. Zunahme des Wirbelschmerzes auf Druck, Lähmung der Beine bei Erhaltensein der Reflexe, fibrilläre Zuckungen der abgemagerten Muskulatur. Abschwächung der verschiedenen Sensibilitätsarten, namentlich des Tastgefühls, am wenigsten der Schmerzempfindung. Urin- und Stuhlentleerung intact nur wie alle Muskelactionen schmerzhaft. Es fand sich eine leichte Depression der Wirbelsäule an jener Stelle und neben etwa fünf Wirbeln eine harte auf Druck äusserst empfindliche und unegale Schwellung, leichte Vergrösserung der Inguinal- und Axillardrüsen. Eine Punction lieferte Zellen verschiedener Grösse, wovon einige zerstört und degenerirt waren. Verf. betont die bedeutende nicht ruhende Schmerzhaftigkeit, die bei Fracturen, Luxationen und Caries nicht oder nur unbedeutend vorhanden wäre. Sie entsteht durch Infiltration oder leise Compression der hinteren Wurzeln im Wirbelcanal oder in den Passagen der Wirbel. Der Krebs befiele nie primär die Wirbelsäule.

Rohden (Oeynhausen).

---

165) **Fincke** (Halberstadt): Zur Aetiologie der Epilepsie. (Deut. med. Wochenschr. Nro. 4. 1885.)

Es handelt sich um einen 46 jähr. Mann, der ohne bekannte Ursache in diesem Alter zum ersten Male auf der Strasse einen epileptischen Anfall erlitten hatte. Wenigstens wurde das bewusstlose Hinstürzen als ein solcher gedeutet, als später, nach ca. 9 Wochen eine Serie von epileptischen Insulten eintrat. In der Zwischenzeit machte sich eine grosse geistige Schwäche bemerkbar. Etwa 4 Wochen nach dem letzten Anfall wurde von dem Verf. ein voluminöser Nasenpolyp entfernt, der ein Nasenloch gänzlich geschlossen und namentlich im Schlaf zu deutlichen Respirationsstörungen geführt hatte. Die Anfälle sind seit der Operation — jetzt 2 Jahe — völlig ausgeblieben, das Sensorium hatte sich schon unmittelbar danach aufgehellt. Verf. glaubt im Anschluss an die Veröffentlichungen von Hack, Hartmann u. A. auf Grund dieses Verlaufs einen Zusammenhang der Epilepsie mit dem Polypen annehmen zu müssen und macht darauf aufmerksam, dass auch bei der Epilepsie wie bei verschiedenen anderen Neurosen die Untersuchung der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums nicht unberücksichtigt gelassen werden soll.

Kron (Berlin).

166) **G. Lehmann** (München): Zur therapeutischen Wirkung des Curarinum sulfuricum. (Allgem Zeitschr. f. Psych. B. 41. H. 3. 1884.)

Verf. bediente sich einer Lösung von 0,2 Curarinum sulfur. in 8 Theilen Aqua dest. und 2 Theilen Aqu. Laurocerasi. Zunächst wurde an 11 Thieren (7 Kaninchen, 2 Hunden, 2 Katzen) experimentirt. Von den Kaninchen gingen 3, welchen 0,005 und darüber injicirt worden war zu Grunde. Bei Injection von 0,003 zeigte sich 2 mal ein sehr deutlicher, einmal kein Effect und bei 0,001 eine rasch vorübergehende aber entschiedene Wirkung. Die Erscheinungen bestanden in stärkerer oder schwächerer Lähmung und convulsivischen Zuckungen der Extremitäten, Erhöhung der Reflexerregbarkeit von Muskeln und Haut, oberflächlicher Athmung und bei letalen Dosen ausserdem in forcirter Exspiration, allmähligem Sinken der Herzaction, spontanem Urinabgang, Speichelfluss und Thränenträufeln. Verf. wandte dann 0,01 an sich subcutan an. Der Puls stieg in den ersten Minuten danach von 74 auf 90, um dann zur Norm zurückzukehren. Nach 5 Minuten wurde das Sehen etwas verschwommen, es kam zu leichtem Schwindelgefühl, Druckempfindung auf die Bulbi und sodann zu allgemeiner Mattigkeit. Nach 2 Stunden waren die Erscheinungen geschwunden. An den Pupillen keine Veränderung. Ein anderes Mal blieb nach derselben Dosis die Wirkung gänzlich aus. Ausserdem stellte Verf. noch 12 weitere Versuche an Gesunden an; bei 7 derselben in Dosen von 2—5 cg. per os. Davon klagten 2 (bei 0,02 und 0,05) über verschwommenes Sehen, Benommenheit des Kopfes und mehrstündige Abgeschlagenheit. Die ersten Erscheinungen traten bei der internen Application nach 20—30, bei der subcutanen nach 1—10 Minuten auf. In letzterer Weise wurde das Mittel zu 0,005 (3 mal ohne Wirkung) bis 0,02 gegeben. In den Fällen mit Erfolg kam es zunächst zu einer Steigerung der Pulsfrequenz. Im Uebrigen bestand Gefühl von Schwere und Eingenommenheit des Kopfes, Ermattung des ganzen Körpers. Pupillen und Reflexe blieben unbeeinflusst. In einem Falle, in dem Verf. 0,04 gab, traten sehr bedrohliche Erscheinungen auf. Zu therapeutischen Versuchen hat Verf. das Mittel in 150 Fällen von aufgeregten Kranken, und zwar 58 mal subcutan, 92 mal per os angewandt. Bei der ersteren Darreichungsweise betrug die Dosis 0,005—0,04, bei der letzteren 0,01—0,05. Die subjectiven Erscheinungen bestanden in Abgeschlagenheit, Mattigkeit, verschwommenem Sehen, Benommenheit, Gefühl von Trunkensein. Puls und Respiration wurde nicht beeinflusst. Bei einer Pat. (chron. Manie) rief 0,02 subcutan einmal deutliches Schwanken hervor. Ein Verrückter zeigte meist leichte Ptosis, bald einseitig, bald doppelseitig. Schlaffheit in der Haltung und Verlangsamung des Ganges konnte wiederholt konstatirt werden. Obgleich geringerer oder stärkerer Nachlass der motorischen Unruhe mehrmals erzielt wurde, kam es doch nur in 2 Fällen zu einer schlafmachenden Wirkung. Bedrohliche Erscheinungen traten nicht auf. Im Allgemeinen war bei der subcutanen Anwendung nur in $^1/_5$ der Fälle, bei der internen sogar nur in 14 von 98 Gaben eine Wirkung zu verzeichnen, und zwar war dieselbe auf-

fallend inconstant. Der Effect gleicher Dosen war nicht nur bei verschiedenen Kranken verschieden, sondern auch bei einem und demselben Individium. Es verdient deswegen das Curarinum sulfur. als Beruhigungsmittel *keine* Empfehlung. Kron (Berlin).

---

167) **H. Nebel** (Görlitz): Ein Beitrag zur Wirkung des Ergotins bei Psychosen. (Allg. Ztschr. f. Psych. B. 4 H. 3 1884.)

Verf. bediente sich bei seinen Versuchen der Luton'sche „Mixtura hilarans" (Bull. de Thér. C. p. 254, 1881, Referat in Schmidt's Jahrbüchern Bd. 194, 1882 Nro. 4 S. 19): Tinct. Secal. corn. 4,0 Natr. phosphor. 1,5. Aquae 15,0.

Von dieser Mixtur wurde zunächst nur die Hälfte, dann allmählig die ganze Dosis bis 8 Gramm Ergotintinctur zu 15 Natr. phosph. Lösung (10%) gegeben und zwar in 13 Fällen (3 m. 10 w.). In einem derselben (ältere, nicht mehr menstruirte Frau, Monate lang im Zustande tiefer Depression, an Katatonia simplex leidend) trat am 3. Tage ein lebhafteres Wesen, am 4. ein vorher nie bei ihr bemerkter Heiterkeitsanfall ein, der sich auch später nach weiteren Dosen zeigte. Es schloss sich daran eine andauernde Besserung. Bei einer jungen stark anämischen Frau (puerperale Dysphrenie) wurde nach Darreichung der Myxtur öfters Neigung zum Lachen ohne jeden äusseren Anlass beobachtet. Bei 3 Monate hindurch fortgesetzter Medication (täglich 4 gr. Ergotintinctur zu 15 gr. 10% Natronphosphorlösung) nahmen die Angstanfälle an Intensität ab, bis Pat. in die Reconvalescenz eintrat. Auch in 2 weiteren Fällen (43 j. Frau, 26 j. ledige Kranke, an Katatonie leidend) wurde ein lebhafteres, freundlicheres Wesen bemerkt. Eine 25j., mit hysterischer Verwirrtheit behaftete Pat. reagirte dagegen mit grösserer Unruhe, Steigerung ihrer Angstempfindungen und geschlechtlichen Erregung auf das Mittel. In den übrigen Fällen erwies sich dasselbe wirkungslos. Die Luton'sche Mixtur kann also nach diesen Beobachtungen in der That trunkenheitsähnliche Heiterkeit bewirken und zwar $^1/_2$—1 Stunde nach der Darreichung per os. Es bedarf der weiteren Versuche, ob das Mittel einen dauernden Heileffekt haben kann. Trotz monatelanger Anwendung der Mixtur sind niemals Erscheinungen von Ergotismus oder Störungen der Menstruation vorgekommen.

In einem Nachtrage referirt Dr. Jaeckel (Görlitz) über die Adam'schen Experimente mit dem gleichem Mittel (Annal. méd. psychol. Juli 1881 pag. 60—69). Derselbe hat nur in einem Falle eine mehrtägige Anwendung versucht; im Uebrigen aber sich auf 1—2 Dosen beschränkt und zwar zunächst bei 5 Lypemanischen (2 mit Stupor) und einer Hysteroepileptischen. Nur bei einer Pat. veränderte sich der Depressionszustand vortheilhaft unter dem Einflusse des Mittels, aber auch nur ganz vorübergehend. In 3 anderen Fällen trat bald ein Gefühl von allgemeinem Wohlsein ein, bald auch eine leichte Exaltation und in einem Falle kam es zu angenehmen Gesichtstäuschungen. In 2 Fällen ist gar kein Effekt beobachtet worden. An sich selbst bemerkte A. nach 9 gr. Tinctur und 2,7 Natr. phosph.

einen gewissen Grad von Erregtheit, ähnlich der Wirkung, die ein edler Wein in mässigen Quantitäten hervorruft. Die Pulsfrequenz sank in 3 Stunden um 16 Schläge und hob sich dann rasch wieder. Ausserdem hat A. in den Händen anormale Empfindungen sowie von langsamen kriechenden Bewegungen. Dieselbe Dosis rief bei einem anderen Gesunden schon nach einer Stunde Uebelbeit und eine Art von Betäubung, nach 2 Stunden wiederholtes Erbrechen, verlangsamter Puls (56 von 68), nach 3 Stunden Ameisenkriechen in Händen und Füssen hervor. Ein Dritter bekam nur Pulsverlangsamung, ein Vierter 2 Stunden nach dem Einnehmen eine Art Trunkenheit mit Kopfschmerz, Appetittlosigkeit und Ameisenkriechen. A. resumirt foldendermassen:

1) Die Mixtura exhilarans kann in gewissen Fällen geistiger Störung den Depressionszustand der Kranken vortheilhaft modificiren. Diese Wirkung ist aber von geringer Dauer und tritt sehr unsicher ein.

2) Das Phänomen grosser Lachanfälle mit heiteren Ideen ist niemals auf die angewandten Dosen erfolgt, weder bei Geisteskranken noch bei Geistesgesunden.

3) Die Dosen von 9 gr. Tinctur und 2,7 Natr. phosphor. können Uebelsein und Erbrechen hervorrufen und sind nicht anzuwenden.

4) Es ist zu präsumiren, dass die lang fortgesetzte Medication zu ernsten Unzuträglichkeiten führen wird.

Kron (Berlin).

---

168) **Hasse** (Königslutter): Ueber Selbstmord in Irrenanstalten.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 4. H. 3. 1884.)

Seit dem Bestehen der Austalt, vom 1. Dezember 1865 an sind 10 Selbstmorde dort vorgekommen, 5 bei Männern, 5 bei Weibern. 6 davon kommen auf die ersten 6 Jahre; in den nächsten 9 Jahren ist nur 1, im Verlauf der folgenden $1^1/_2$ Jahren sind 3 verzeichnet. Die 10 Fälle sind ausführlich mitgetheilt. Von den ersten 6 Pat. erhingen sich 2 an Fensterladen, 1 am Ofen, 1 tödtete sich durch einen Stich mit der Scheere in den Hals. Von den übrigen riss einer dem ihn rasirenden Wärter das Messer aus der Hand und schnitt sich in einem Zuge den Hals bis auf die Wirbelsäule durch. Die 3 letzten sind Strangulationen. Der Procensatz der Selbstmorde (10 von 4089 Kranken in 18 Jahren) beträgt 0,00025. Auf das Alter fallen zwischen

35 u. 40	Jahren	2	Männer.		
40—50	„	1	Mann und	1	Frau.
50—55	„	1	„	3	„
60—65	„	1	„	1	„

Das jugendliche und das hohe Alter ist ausgeschlossen. In der klimacterischen Zeit zwischen 48 und 54 Jahren waren 4 Frauen. 4 Männer waren ledig. Verheirathet 1 Mann und sämmtliche Frauen (2 davon verwittwet). Was die Form der Krankheit betrifft, so handelte es sich in 5 Fällen um Melancholie, in 4 um secundäre Formen, in 1 um Dementia paral. Die Beobachtungen, die Verf. an den ge-

nannten Selbstmorden und an einer Reihe von Selbstmordversuchen gemacht hat, fasst derselbe dahin zusammen:

1) Dass keine Form der psychischen Erkrankung, mit Ausnahme vielleicht der reinen Manie, vor Selbstmord schützt.

2) Das Melancholie und schmerzliche Verstimmung, sowie die daraus resultirenden Wahnideen und die damit verbundenen schmerzlichen Affecte, namentlich die Angst, den Boden bilden, auf welchem sich mit Vorliebe die Neigung zum Selbstmord entwickelt.

3) Dass Hallucinationen, namentlich des Gehörs, aber auch des Gesichts die Ausführung des Selbstmordes begünstigen.

4) Dass aber auch der Selbstmord als das Resultat einer augenblicklichen Laune, einer momentanen Verstimmung, als der Ausdruck eines Wunsches, Sensation und Aufmerksamkeit zu erregen, ja als ein Act des Muthwillens und der Verzürnung in unseren Anstalten gar nicht selten ist.

Zur Verhütung der Selbstmordversuche hat Verf. in der von ihm geleiteten Anstalt eine besondere Station für Selbstmordsüchtige mit scharfer Beaufsichtigung derselben. Genaue Kenntniss des Wesens der Kranken und geschultes, pflichttreues (!) Wartepersonal ist allerdings dazu erforderlich. Kron (Berlin).

---

169) **Rabbas** (Würzburg): Ueber Störungen in der Fähigkeit des Lesens bei progressiver Paralyse. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41. H. 3. 1884.)

Verf. hat nach dem Vorgange Rieger's mit Paralytikern und zur Controle mit anderen psychisch Kranken sowie auch mit geistig gesunden Leuten des Greisenalters Leseproben angestellt. Die Untersuchungen geschahen selbstverständlich nur bei solchen Individuen, die keine periphere Sehstörung aufzuweisen hatten, resp. deren etwaige Refractionsanomalien durch Gläser corrigirt waren. Es zeigte sich, dass bei der Paralyse die Fähigkeit, eine vorgelegte Probe richtig zu lesen, oft schon in den früheren Stadien mehr oder weniger verloren geht, im vorgerückten Stadium aber stets schwer beeinträchtigt und häufig ganz aufgehoben ist, während sie bei den functionellen Geistesstörungen sowie bei den ältesten Leuten, selbst bei völligem Mangel an Uebung, erhalten bleibt. Es kann also auch das Lesen solcher Paralytiker — die Worte werden von denselben in sinnloser Weise verändert, durch andere versetzt, mit Anhängen versehen etc. — ebenso wie ihre Schrift von diagnostischer Bedeutung sein.

Kron (Dalldorf).

---

170) **Guido Bordoni-Uffreduzzi:** Sol Decubito. (Giorn. della r. Ac. di medic. di Torino 1884.)

Unter der Leitung Gudden's hat Verf. eine Reihe von Experimentaluntersuchungen vorgenommen, mit der Absicht die Beziehungen des Nervensystems zum Auftreten des Decubitus aufzuklären.

Er kommt zu dem Schlusse, dass die Anschauung Charcot's zurückzuweisen sei, nach welcher die trophischen Störungen der Aus-

druck eines Reizzustandes im Nervenapparat seien. — Er weist nach, dass der Decubitus, sowohl der acute als auch der langsam sich entwickelnde, keineswegs auf eine functionelle Steigerung zurückzuführen, sondern lediglich durch den mangelhaften Stoffwechsel in den Geweben bedingt sei; daher gelingt es auch, wie man sich beispielsweise in den unter Gudden's Direction stehenden Anstalt überzeugen kann, durch Vermeidung jedes constanten Druckes, indem man den Kranken alle Stunden (nach Bedarf auch alle halbe Stunden) umlegt, dem Auftreten von Decubitus überhaupt vorzubeugen.

Obersteiner (Wien).

IV. Aus den Vereinen.

I. Societé de Chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 31. December 1884. (Union médicale 1885 Nro. 4.)

171) **Horteloup** theilt eine Erfahrung Cazin's mit. Bei einem Fall von intensivem *Vaginismus*, der seit 6 Jahren bestand und bei der geringsten Berührung der äusseren Genitalpartien heftigen Schmerz und Convulsionen veranlasste, fanden sich leichte Erosionen, Desquamation und geringer fluor. Eine zweiprocentige Lösung von Cocainum muriaticum als Waschung gestattete nach 5 Minuten den Coitus. Der Erfolg war jedesmal vorübergehend, es trat aber Schwangerschaft ein, von welcher Cazin definitive Heilung erwartete.

Sitzung vom 4. Februar 1885. (Union médicale 1885 Nro. 21.)

172) **Terillon** verliest eine Arbeit Kirmisson's über die *Coincidenz von Schädelverletzungen und gewissen pathologischen Veränderungen des Gehirns*, namentlich dem Hirntuberkel. Ein 5jähriges Kind zeigte in Folge eines Falles auf den Kopf nach einigen Tagen Hirnsymptome, die, ungenügend beobachtet, in Contrakturen der linken Extremitäten, Deviation des Gesichts, Kopfschmerz in der regio temporalis, Aufschreien im Schlaf und zeitweisem Erbrechen bestanden. Die Trepanation ergab nichts. Bei der Sektion fand sich ein eigrosser Tumor an der Basis des Gehirns, in den Seitenventrikel prominirend. Histologisch erwies er sich tuberculöser Natur.

Rohden (Oeynhausen).

II. Société de Biologie zu Paris.

Januar und Februar 1885. (Union médicale.)

173) **Philippeaux** liess 14 Tage Zwischenraum zwischen der Durchschneidung der beiden Vagi bei jungen Thieren und erreichte es dadurch, dass sie den Eingriff überlebten. Er nimmt an, dass diese Zeit hinreicht eine Regeneration des zuerst durchschnittenen Nerven zu ermöglichen.

Paul Berth hat dasselbe erzielt; er beobachtete jedoch, dass die Thiere starben, wenn die Regeneration des zuerst durchschnittenen Nerven vollkommen war. Rohden (Oeynhausen).

III. Academie de Médecin zu Paris.

Sitzung vom 13. Januar 1885. (Union médicale 1885. Nro. 8.)

174) **Magnan** verliesst eine Arbeit über *sexuelle Anomalien, Aberrationen und Perversionen*, die er in 4 Gruppen eintheilt:

1) Die spinalen sind auf den einfachen Reflex mit dem Centrum genitospinale Budges beschränkt. Onanie bei vollkommenen Idioten.

2) Die spinal-cerebralen posterioren, bei welchen der Reflex von der hinteren Hirnrinde ausgehend bis zur medulla sich erstreckt. Der Anblick oder das Bild einer Person anderen Geschlechts ob schön oder hässlich, ob jung oder alt ruft den Trieb hervor. Rein brutaler instinctiver Act.

3) Die spinal-cerebralen anterioren bilden eine Gruppe, bei welcher der Ausgangspunkt des Reflexes die vordere Hirnrinde ist; ein psychischer Einfluss, wie im normalen Zustand, wirkt auf das centrum genito-spinale, aber die Idee, das Gefühl oder die Neigung sind pervers. Beispiel: Die Neigung einer Frau zu einem 2jährigen Knaben oder die Abhängigkeit der Möglichkeit die ehelichen Pflichten zu erfüllen von der bestimmten Vorstellung eines alten runzeligen Weibes mit einer Nachtmütze.

4) Die rein psychischen oder cerebral-anterioren, die extatischen die Erotomanen. Ein junger Kunstschüler sieht bei absoluter geschlechtlicher Enthaltung seine eingebildete Geliebte Myrtho, die sich in einen Vorhang gepflüchtet hätte. Er betrachtet allabendlich den Vorhang, besingt ihn in Versen, schmeichelt ihm etc.

Rohden (Oeynhausen).

IV. Societé médicale des hopitaux zu Paris.

Sitzung vom 13. Februar 1885.

175) **Debove** glaubt, dass das hysterische Fieber dennoch existirt. Er hat mehrere Fälle gesehen und immer Verdacht auf latente Tuberculose gehabt. Eine Kranke die er seit 5 Jahren beobachtet, 24 Jahre alt, hat seit dem 7. Jahre neuropathische Paralysen, Contracturen, heftige Anfälle ohne Intelligenzstörung durchgemacht. Vor 3 Jahren bekam sie einen heftigen Fieberanfall mit 3 Froststadien, Hitze und Schweiss. Seitdem ist die regelmässig gemessene Temperatur nicht unter 38 Grad herabgegangen, 2 oder 3 mal in der Woche zeigten sich intermittirende Anfälle von Temperaturen von 39,5, von D. selbst gemessen. Da die Kranke in Italien gewesen, dachte D. zuerst an Sumpffieber, die Milz ist jedoch nicht vergrössert. In der Neuzeit fand ein Fieberanfall statt. Dann 14 Tage, 40—41 Grad, Puls 120—130, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerz und leichte Delirien. Nach Antipyrin fiel die Temperatur sogleich auf 38 Grad ab und stieg nicht wieder. Er meint, dass das Antipyrin wohl nicht die Ursache des Fieberabfalles gewesen sei.

D. hält das Wärmecentrum für afficirt und fragt sich, ob man das Fieber nicht im normalen Zustand experimentell erzeugen könne, wie alle anderen functionellen Störungen des Nervensystems. Er will auch bei einer Reihe Hypnotischer eine Temperatursteigerung von 1,5

Grad im Mittel erzielt haben; eine Herabsetzung der Temperatur ist ihm nicht gelungen.

176) **Desnos** legt das anatomische Präparat einer syphilitischen Sklerose des linken lobus frontalis und der regio temporalis vor und bespricht sehr kurz die Krankheitserscheinungen.

Rohden (Oeynhausen).

V. Société médico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 26. Mai 1884. (Ann. méd. psycholog. September 1884.)

177) **Kéraval:** *Note sur l'action de la paraldehyde chez les aliénés. (Die Wirkung des P. bei Geisteskranken.)*

Die günstige Wirkung dieses Hynopticums bei Geisteskranken wird durch zahlreiche Versuche bestätigt.

Sitzung vom 30. Juni 1884. (Ann. méd. psycholog. Sept 1884.)

178) **Bajénoff:** *Etude anthropologique sur les criminels. (Anthropologische Studie über die Verbrecher.)*

Bericht über die cephalometrische Aufnahme der pariser Büsten von 55 Verbrechern, 19 bedeutenden Männern und 4 Bewohner der Neu-hebriden als inferiorer Rasse. Die Verbrecher zeigen ein Ueberwiegen des Hinterhauptes und eine geringere Entwicklung des Stirntheiles, beides Zeichen der Inferiorität.

179) **Voisin:** *Etude sur l'hypnotisme et sur les suggestions chez une aliénée. (Studie über den Hynotismus etc. bei einer Geisteskranken.)*

Vortr. betont die Schwierigkeit der Hypnose bei Geisteskranken, Melancolischen und Hypochondrischen, und berichtet ausführlich über eine wiederholt gelungene Hypnose etc. bei einer Geisteskranken.

Otto (Dalldorf).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Nietleben bei Halle a./S., 1) Director, 1. April 1885. Anfangsgehalt 6000 M., freie Wohn., Feuer., Beleuchtg. Meldung an den Landesdirector. 2) Dritter Volontairarzt, sofort, M. 600 und freie Station, später M. 1200. 2) Langenhagen, (Idiotenanstalt) Director, 1. April. 4500 Mark Anfangsgehalt, freie Wohnung etc. Meldung an das Comité zur Errichtung von Idiotenanstalten in Hannover. 3) Saargemünd, II. Assistenzarzt, April 1000 Mark Anfangsgehalt und freie Station. 4) Görlitz, (Dr. Kahlbaum's Privatanstalt) 1. psychiatrisch erfahrener Assistenzarzt, 2 Volontärarzt. 5) Obernigk, (Dr. Kleudgen's Privatanstalt) Assistenzarzt. 6) Pankow (Dr. Gnauck's Privatanstalt), Assistenzarzt, 7) Osnabrück, Assistenzarzt, sofort, 900 M., freie Station. 8) Illenau, Hilfsarzt, sogleich, M. 1500 Anfangsgehalt und freie Station. 9) Leubus, II. Arzt.

Besetzte Stellen. Dresden, Irren-Abtheilung des städt. Krankenhauses, Oberarzt Herr Dr. Kraepelin.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. April 1885. Nro. 8.

INHALT.

I. Originalien. Sanitätsrath Dr. Voigt: Zur Aetiologie und Symptomatologie der Tabes.

II. Referate und Kritiken. Bechterew: Ueber die Bestandtheile der Hinterstränge des Rückenmarks auf Grund der Untersuchung ihrer Entwicklung. Hartz: Drei Fälle von Hirngeschwülsten. Jones: Syphilitischer Abscess im Kleinhirn. Brocker: Der ätiologische Zusammenhang zwischen Läsionen des Nervensystems und Hautkrankheiten. Horsley: Die Beziehungen der glandula thyreoidea zu Myxödem, Cretinismus und allgemeiner Ernährung. Vigouroux: Maladie de Thomsen et Paralysie pseudohypertrophique. Pitres: Frühzeitiges Auftreten von Fussclonus bei Hemiplegie. Bourneville et Bricon: Epilepsie Jacksonienne. Ballet et Crespin: Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle; étude d'une nouvelle variété d'état de mal épileptiforme. Schech: Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall von phonischem Stimmritzenkrampf. Reichert: Tetanus traumaticus. Heilung durch Dehnung der beiden Nerv. ischiadici. Fournier: Des troubles psychiques dans la période prae-ataxique du tabes d'origine syphilitique. Rey: Geistesstörung bei Rückenmarksleiden bes. bei Tabes. Millet: Sarcom der Dura rechterseits und rechtsseitige Hallucinationen. Baillarger: Delirium acutum; Eruption von Furunkeln am 20. Tage. Heilung. Baillarger: Ueber die kadaveröse Natur einiger Veränderungen des Centralnervensystems. Luys: Statistische Beiträge zur Pathogenese der allgem. Paralyse. Putnam: Die gerichtlich-medicinische Bedeutung der Hemianästhesie nach Eisenbahnzusammenstössen.

III. Miscellen. Irrenwesen in Berlin. Irrenwesen in Neu-Seeland.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Zur Aetiologie und Symptomatologie der Tabes.

Von Sanitätsrath Dr. VOIGT in Oeynhausen.

In den Jahren 1883 und 1884 wurden von mir abgesehen von 9 Fällen (6 Frauen, 3 Männer), über die mir rücksichtlich der Aetiologie genauere Daten fehlen, 100 neue Fälle von Tabes bei Männern behandelt, deren Untersuchung in Bezug auf die wahrscheinliche Entstehungsursache Folgendes ergab. Es waren der Tabes — beiläufig sämmtlich unzweifelhafte Fälle — vorausgegangen:

Secundäre Syphilis in 59 Fällen.

Ulc. syph., die nicht von secundären Symptomen gefolgt, jedoch neben der örtlichen auch einer allgemeinen Behandlung mit Quecksilber oder Jod unterzogen waren, in 15 Fällen.

Ulc. pen., die theils als wirkliche theils als zweifelhafte Schanker angesehen und nur örtlich (einmal auch homöopathisch) behandelt wurden, in 8 Fällen.

Weder Schanker noch Syphilis in 18 Fällen (darunter ein sehr zweifelhafter).

Somit sprechen auch diese Zahlen wieder für die grosse Wichtigkeit der Syphilis als ätiologisches Moment der Tabes; sie sind für mich, ganz abgesehen von den betreffenden Beobachtungen anderer Forscher, um so überzeugender, als sie im Wesentlichen übereinstimmen mit dem, was mich 128 früher von mir untersuchte Fälle[1]) lehrten. Unter 219 Fällen mindestens 165 (76%), in denen sicher Schanker resp. Syphilis dem Ausbruche der Tabes vorausgegangen — ich denke, das spricht um so deutlicher, als ich erstens nicht, wie das von einem americanischen Autor gesagt, an einem Badeorte practicire, der sich eines Rufes als Heilort für Syphilis erfreut, und als zweitens sämmtlichen der nicht tabischen Erkrankungen des Nervensystems, die ich bei Männern im verflossenen Jahre hierselbst behandelte, nach meiner gleichfalls genau angestellten Untersuchung höchstens in 23% Schanker oder Lues vorausgegangen waren.

Auch rücksichtlich des *zeitlichen Auftretens der ersten tabischen Symptome nach stattgehabter Infection* stimmen die diesmal gefundenen Zahlen mit den betreffenden meiner früheren Statistiken ziemlich überein, nur dass die Fälle, in denen die Tabes im 1. bis 3. Jahre nach der Infection auftrat, in etwas grösserer Anzahl vertreten sind. Es entstand nämlich Tabes

im	1.— 3.	Jahre	nach	der	syphil.	Infection	in	12 Fällen
„	4.— 7.	„	„	„	„	„	„	25 „
„	8.—12.	„	„	„	„	„	„	16 „
„	13.—16.	„	„	„	„	„	„	15 „
„	17.—25.	„	„	„	„	„	„	6 „

Ich denke auch diese Gleichmässigkeit der Zahlen ist in ihrer Bedeutung für die Frage nach der Entstehung der Tabes nicht zu unterschätzen. Und ebenso wenig dürfte dies der Fall sein mit 2 den Erb'schen[2]) und Berger'schen[3]) analogen Beobachtungen: zwei meiner Kranken wurden im 57. resp. 58. Lebensjahre von Tabes ergriffen, nachdem sie beide in ihrem 55. Lebensjahre an secundärer Syphilis erkrankt waren. Ein dritter bot die ersten Symptome von Tabes in seinem 64. Jahre, nachdem schon lange vorher die Diagnose auf amyloide Degeneration der Leber etc. in Folge von Syphilis gestellt war.

In einem 4. Falle litt ein Mann „im Beginne seiner Ehe an Tripperresiduen und einem „Knötchen" am penis, das von einem Homöopathen behandelt wurde, welcher betonte, er gäbe kein Quecksilber. Seine Frau litt gleichfalls in den ersten Jahren der Ehe an „Knötchen oder nässenden Bläschen" am After, die ebenfalls homöo-

[1]) cf. Berliner klin. Wochenschr. 1881, Nro. 39 und 1883, Nro. 3.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1883, 32.

[3]) Tageblatt der 57. Naturforscherversammlung in Magdeburg 1884. p. 262.

pathisch behandelt wurden; dann folgten starke unregelmässige Uterusblutungen (wahrsch. Abortus), die ärztlicher Hilfe bedurften; Kinder wurden nicht geboren“: der Mann leidet seit 10, die Frau seit mindestens 3 Jahren an typischer Tabes!

Nach alledem scheint es mir unzweifelhaft, dass in der Mehrzahl aller Fälle die Tabes eine directe Folge der Syphilis ist — eine Ansicht, die eine nicht unwesentliche Stütze erhält einmal dadurch, dass von 100 meiner syphilitischen Tabiker 40 gar keine Ursache ihrer Erkrankung anzugeben wussten oder Schädlichkeiten beschuldigten, wie „falsche Behandlung des Schankers, Schmiercur, Cognac, Büreauarbeit“ u. dgl., und dann durch das, was meine Fälle lehren rücksichtlich anderer als Ursachen der Tabes angegebenen oder angesehenen Schädlickkeiten. Zunächst zeigen sie analog den Oppenheim'schen[1]) Fällen, dass die von Leyden[2]), Landouzy und Ballet[3]), Rienecker[4]) u. A. vertretene Ansicht, nach welchen die *hereditäre Prädisposition* als ätiologisches Moment der Tabes weit wichtiger sei, als die Syphilis — dass diese übrigens schon von Möbius[5]) u. A. als irrig bezeichnete Ansicht in der That hinfällig ist. Unter 165 Fällen von Tabes bei Männern, die ich in Bezug auf diese Frage genau untersucht habe, waren nur 15, in denen die sogenannte nervöse Belastung vorhanden war — eine Thatsache, die in Einklang steht mit der Erscheinung, dass (bei Männern) in der Vorgeschichte der Tabes so selten Migräne zu verzeichnen ist[6]) (in jenen 165 Fällen z. B. nur 3 mal). Zwar fanden sich ausserdem noch 19 Kranke, welche Symptome allgemeiner Nervosität boten, doch war dieselbe theils vor, theils im Verlaufe der Tabes erst erworben.

Ferner wollten sich 10 ihre Tabes durch *Erkältung* allein oder, wie viele bezeichnend angaben, durch *Erkältungen, 16 durch Erkältungen in Verbindung mit geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen (Reisen, Jagd, Feldzüge etc.)* zugezogen haben. Unter diesen 26 war jedoch nur ein einziger, welcher positiv angab, die ersten lancinirenden Schmerzen kurze Zeit nach einem Schlafe auf feuchter Erde gespürt zu haben; alle anderen machten so vage Angaben, dass man um so weniger daraus Schlüsse ziehen durfte, als nicht wenige derselben die meist als erstes tabisches Symptom aufgetretenen lancinirenden Schmerzen gar nicht als zu ihrer Tabes gehörend, sondern als gewöhnlichen Rheumatismus betrachteten, und die betreffenden Erkältungen auf Zeiten verlegten, wo die Tabes schon längst vorhanden war.

Von andern ursächlichen Schädlichkeiten wurden sodann angegeben: *7 mal aufregende, 3 mal unmässige Lebensweise, 5 mal Kum-*

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1884. p. 603.

[2]) Artikel Tabes in Eulenburg's Encyclopädie.

[3]) Annal. méd. physiol. Januar 1884.

[4]) Berl. klin. Wochenschr. 1882. p. 438.

[5]) Erlenmeyer's Centralblatt 1884. p. 199.

[6]) cf. Oppenheim, Berl. klin. Wochenschr. 1884. p. 603.

mer und Sorgen, 3 mal sexuelle Excesse, 2 mal Onanie, 2 mal schlechte Wohnung u. s. w.: nun zugegeben auch, dass dies wirklich die Ursachen der Tabes waren, obgleich in Wirklichkeit auch hier derselbe Einwurf, wie bei den Erkältungen zu machen war, recht oft zudem gegen diese Annahme sogar die Ansicht eines Gegners des Syphilis-Tabes-Zusammenhanges, wie Westphal[1]), ins Feld geführt werden kann — was bedeuten diese kleinen Zahlen gegen die grossen der voraufgegangenen Syphilis? Und wollte etwa Jemand einwenden, dass nicht einzusehen sei, warum dieselben Schädlichkeiten, welche die nicht syphilitische Tabes hervorrufen, nicht auch die sogenannte syphilitische erzeugt haben könnten (alsdann würde die Syphilis nur das prädisponirende Moment zur Tabes abgeben), so frage ich umgekehrt, warum soll nicht auch die Syphilis, wenn sie überhaupt einen Fall von Tabes direct hervorzubringen im Stande ist — dass dies aber möglich sei, beweisen, wie Erb[2]) hervorhebt, die analogen Fälle von Tabes nach Ergotin und Diphtherie, und dass es wirklich vorkommt, beweist abgesehen von andern Fällen der von Rumpf[3]) mitgetheilte, insofern derselbe durch eine specifische Cur anscheinend dauernd geheilt wurde, — warum soll sie nicht auch die andern erzeugt haben, so dass in den betreffenden Fällen die übrigen concurrirenden Schädlichkeiten höchstens als prädisponirende oder beschleunigende anzusehen sind?

Aber die pathologischen Befunde, sie sprechen doch durchaus gegen die Existenz einer syphilitischen Tabes? Und ist es dazu nicht bekannt, dass es überhaupt im Character der Syphilis liegt, da, wo sie das Nervensystem ergreift, sich nicht an Systeme desselben zu halten? Nun, ich will nicht die dagegen schon öfter vorgebrachten Gründe wiederholen noch hervorheben, dass die Tabes doch auf keinen Fall eine einfache, sondern höchstens, wie Strümpell[4]) wahrscheinlich mit Recht annimmt, eine combinirte, also von verschiedenen Angriffspunkten aus entstehende Systemerkrankung ist: ich will nur daran erinnern, dass unsere Kenntnisse von den pathologischen Veränderungen des Nervensystems bei Tabes trotz der aufgewandten Mühe immer noch so unzureichend sind, dass wir nicht einmal genau wissen, welcher Art denn eigentlich die Anfangsprocesse sind und wir sollten daraus, dass man bei der Tabes mit voraufgegangener Syphilis nicht diejenigen Läsionen findet, die man als Characteristika der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems zu betrachten gewöhnt ist — wir sollten daraus ohne Weiteres schliessen dürfen, dass die Tabes unmöglich syphilitischen Ursprungs sein könne?

Auch auf den oft vorgebrachten Einwand, dass die Syphilis Nichts mit der Tabes zu thun habe, weil die specifische Behandlung der letztern entweder negative oder gar schlechte Erfolge zu haben

---

[1]) Archiv für Psychiatrie XV, 3. p. 866.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1883 Nro. 32.

[3]) Berl. klin. Wochenschr. 1881 Nro. 36, 1883 Nro. 4.

[4]) Arch. f. Psychiatrie XII. III. p. 723.

pflege, will ich hier nicht nochmals eingehen: ich habe dem, was ich in dieser Beziehung schon früher angab, nichts hinzuzufügen ausser, dass meine seitdem gesammelten Erfahrungen mich ermuthigen, auch fernerhin selbst in vorgeschrittenen Fällen von syphilit. Tabes, wo andere Gründe es nicht verbieten, wiederholte specifische Curen anzurathen und zu versuchen.

Und nun zu der *Symptomatologie der Tabes.* Da ich Notizen über 165 von mir untersuchte und in Bezug auf die Symptome noch nicht bearbeitete und veröffentlichte Fälle besitze — rücksichtlich der Anfangssymptome verfüge ich nur über 122 — so halte ich einen kurzen Bericht darüber nicht für ganz werthlos, zumal ich bei der Untersuchung und Aufnahme der Anamnese gerade auf die seltneren Symptome mein besonderes Augenmerk gerichtet habe.

Zunächst stellte sich bei Durchsicht und Vergleichung jener Fälle heraus, dass, wie dies beiläufig auch kaum anders sein kann, aus der verschiedenen Häufigkeit der wesentlichen Symptome eine Trennung der Fälle in solche mit und ohne syphilitische Antecendentien nicht möglich ist — weshalb ich auch in Nachstehendem auf eine gesonderte Besprechung der beiden Reihen verzichte. Berger[1]) meint zwar, dass in den früher syphilitischen Fällen vielleicht die Augenmuskellähmungen überwiegen möchten: meine Fälle beweisen das jedoch nicht. Ob es aber nicht durch fortgesetzte Beobachtungen gelingen wird statistisch festzustellen, dass gewisse seltenere Symptome und Symptomencomplexe nur oder doch vorwiegend der einen oder andern Reihe zugehören, ist eine andere Frage. So ist es mir z. B. auffallend, dass von meinen syphilitischen Tabikern, bei einem Verhältniss derselben zu den nichtsyphilitischen wie 3 : 1, 19% über *Anfälle von Eingenommenheit, Spannen, Druck, Schmerz des Kopfes* (in $4^1/_2$% eine Stirnhälfte betreffend) klagten, von den nicht syphilitischen nur 4%; dass unter letztern krankhafte *Verstimmung, Hypochondrie, Melancholie* gar nicht, unter erstern 6 mal im Laufe ihrer Tabes sich eingestellt hatte; dass sich als *erstes Symptom* bei den syphilitischen 8 mal *Lähmung eines oder mehrerer der geraden oder schiefen Augenmuskeln* fand, bei den nichtsyphilitischen nur 1 mal, dass bei jenen 7 mal, bei diesen nur 1 mal ein Ergriffensein anderer Hirnnerven, als der die Augen versorgenden und des vagus statthatte. Gewiss wäre es nicht ohne Nutzen, wenn man über diese Verhältnisse bald grössere Beobachtungsreihen befragen könnte.

Was nun zunächst die *Anfangssymptome* in meinen 120 Tabesfällen betrifft, so nehmen die *lancinirenden Schmerzen* die erste Stelle ein: sie eröffneten den Reigen in 62% und zwar allein d. h. ohne gleichzeitige andere Symptome in 47 Fällen (39%), in denen sie von den demnächst auftretenden tabischen Symptomen gefolgt waren

bei 9 Kranken nach 1 Jahre
„ 7 „ „ 2 „
„ 6 „ „ 3 „

[1]) Tageblatt der 57. Naturforscher-Versammlung in Magdeburg. p. 262.

bei 5 Kranken nach 4 Jahren
„ 6 „ „ 5 „
„ 3 „ „ 6 „
„ 2 „ „ 7 „
„ 4 „ „ 8 „
„ 2 „ „ 9 „
je 1 „ „ 10, 11 und 14 Jahren.

Ausser in diesen Fällen wurden die lancinirenden Schmerzen noch 29 mal (23%) als Anfangssymptom angegeben, jedoch

5 mal in Verbindung mit Unsicherheit beim Gehen,
11 „ „ „ „ Parästhesie und Blasenschwäche,
3 „ „ „ „ Blasenschwäche,
2 „ „ „ „ Schwäche der Geschlechtsorgane,
1 „ „ „ „ Doppelsehen und Parästhesie,
4 „ „ „ „ Schmerz resp. Steifigkeit im Kreuz,
1 „ „ „ „ Parästhesie,
2 „ „ „ „ nervösen Magenbeschwerden.

Als zweitwichtiges Anfangssymptom erschien das *Doppeltsehen*, obgleich es angeblich nur in 9 Fällen (7%) den andern Symptome voranging.

In dritter Linie folgen die *Blasenstörungen*, die als *alleiniges* Anfangssymptom in 5 Fällen (4%) vorhanden waren; es handelte sich in 1 um gewisse Reizsymptome (Blasendrang und Schmerz beim Uriniren), in 4 um Parese der Blasenmuskulatur, die in 2 Fällen bald in vollständige Paralyse überging, 2 mal mit chronischem Blasencatarrh verknüpft war. Nachdem ich schon vor 4 Jahren einen Fall sah, in welchem die Diagnose auf Tabes erst gestellt wurde, nachdem der Patient 9 Jahre hintereinander wegen „Blasencatarrh mit Lähmung“ in Wildungen gewesen, richtete ich mein besonderes Augenmerk auf diesen Punkt; ich notirte als Angaben der betreffenden Kranken, dass bei einem die Blasenschwäche 10 Jahre, bei zwei andern 4 und 6, beim vierten 2 Jahre den übrigen Tabes-Erscheinungen vorherging; bei einem 5. endlich bestand sie 6 Jahre, dem folgten beginnende Impotenz, 5 Jahre später die übrigen Symptome.

Wenn ich nun auch nicht in Berger's[1]) Lage war, der durch fortgesetzte Beobachtung constatiren konnte, dass die Blasenstörungen wirklich lange Zeit das einzige Anfangssymptom der Tabes waren, so glaube ich aus verschiedenen Gründen doch, meine Fälle den betreffenden Berger'schen zuzählen zu dürfen. Da mir nun ausserdem noch Blasenstörungen 14 mal in Verbindung mit lancinirenden Schmerzen und Parästhesien, 3 mal mit sinkender Potenz und Parästhesien als erste Symptome der Tabes angegeben wurden (im Ganzen also in 13½%), so leuchtet ihre Bedeutung für die Diagnose der beginnenden Tabes ohne Weiteres ein.

Sodann folgen in der Reihe der Anfangssymptome *die nervösen Magenbeschwerden*, die 5 mal (4%) den anderen Symptomen vorher-

[1]) Breslauer ärztliche Zeitschrift 1884, 12. Juli.

gingen; ferner die *beginnende Impotenz* gleichfalls mit 4%, *Gürtelgefühl* mit $2^1/_2$%, *lang andauernder Kopfschmerz* mit $2^1/_2$%, (darunter 2 Fälle, wo derselbe migräneartig[1]) eine Stirnhälfte betraf, ohne indess der typischen Migräne anzugehören, und einer mit dem Charakter eines Reifes um den Kopf), *apoplectiforme Anfälle* mit $2^1/_2$%. Die letzteren eröffneten die Scene bei 3 syphilitischen Tabikern und zwar handelte es sich in 1 Fall um Schwindel mit folgender Bewusstlosigkeit, die sich in kurzer Zeit mehrmals wiederholten und jedesmal von Mattigkeit in den Beinen gefolgt waren; in dem 2. um plötzlich eintretende Lähmung eines Beines, die nach einigen Tagen unter Zurücklassung von Parästhesien verschwand; in dem 3. um Kopfschmerz mit Schwindel und plötzlich eintretender 10 Minuten lang dauernder Aphasie, welche Erscheinungen sich unter gleichzeitigem Hinzutritt von Erbrechen in den nächsten 2 Jahren noch 2 mal wiederholten, das eine Mal jedoch nur mit Dysphasie; im Uebrigen liessen in allen 3 Fällen andere tabische Symptome nicht lange auf sich warten. Da nach Bernhardt[2]) Müller u. A. derartige apoplectiforme Anfälle mit oder ohne Aphasie auch bei Tabes „ohne syphilitische oder alcoholische Basis" vorkommen, so ist die naheliegende Ansicht, es habe sich in meinen Fällen um complicirende Hirnlues oder dgl. gehandelt, um so weniger stichhaltig, als plötzlich auftretende aber bald vorübergehende Dysphasie bei einem meiner Pat., der nie an Syphilis gelitten, im Verlauf seiner Tabes einige male beobachtet wurde. Die apoplectiformen Anfälle scheinen daher, wie Lecoq[3]) aus 35 betreffenden Fällen schliesst, ein integrirender Theil der Tabes zu sein.

Endlich wurden als erstes Symptom noch angegeben:

Taubheitsgefühl und *Vergrösserung einer Pupille* je 2 mal ($1^1/_2$%), *Sehnervenatrophie, Unsicherheit beim Gehen, Mattigkeit beim Gehen und Sprechen, Zittern eines Beines, Rückenschmerz nach Coitus, Rückenschmerz mit Gürtelgefühl und Unsicherheit beim Gehen* je 1 mal ($^3/_4$%). In Bezug auf diesen letztern, einen früher Syphilitischen betreffenden Fall darf man wohl daran denken, dass eine circumscripte spezifische Leptomeningitis vorhanden war, an die sich nach Analogie eines von Buzzard[4]) angegebenen Falles eine interstitielle Entzündung des Markes anschloss, die, wie dies neuerdings Adamkiewicz[5]) für gewisse Fälle nachgewiesen hat, zur tabischen Degeneration führte. Immerhin bleibt es jedoch auffallend und spricht nicht für das Entstehen der Tabes aus specifischer und nicht specifischer Leptomeningitis, dass unter 122 Fällen nur in einem einzigen ein Symptom vorhanden war, welches man auf eine der Tabes voraufgegangene Leptomeningitis beziehen konnte (cf. Strümpell[6]). Soviel von den Initialsymptomen,

---

[1]) cf. Berger, Bresl. ärztl. Zeitschrift 1884, 12. Juli.

[2]) Arch. f. Psych. XIV. I. p. 135 pp.

[3]) Erlenmeyer's Centralblatt 1882 p. 430.

[4]) The Lancet 10. Juni 1882.

[5]) Berlin klin. Woch. 29. Sept. 1884.

[6]) L. C. p. 723 pp.

wie sie durch die Anamnese festgestellt wurden. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass das erste Auftreten gerade der wichtigsten objectiven Symptome (Fehlen des Patellarreflexes, Pupillenstörungen etc.) nur in seltenen Fällen anamnestisch festzustellen, daher statistisch nicht zu verwerthen war.

Unter allen *im weiteren Verlaufe der Tabes beobachteten subjectiven Symptomen* stehen rücksichtlich ihrer Häufigkeit die *lancinirenden Schmerzen* auch wieder in erster Linie: sie waren in 140 meiner Fälle (85%) vorhanden — eine Zahl, die genau mit der von Berger[1]) aus 350 Fällen gefundenen übereinstimmt.

Nicht minder häufig sind die *Parästhesien*, ja eigentlich noch häufiger, da nur in 2 meiner Fälle gar keine der unter diesem Namen bekannten abnormen Empfindungen vorhanden waren. Im Besonderen zeigte sich: das *Gefühl der Schwere und Müdigkeit vornehmlich in den Beinen* in 72%; das *Taubheitsgefühl* in seinen verschiedenen Nuancirungen in 79%; das *Gürtelgefühl* um Leib, Kniee, Knöchel etc. in $51^1/_2$%; das *Gefühl beständiger Kälte* in den untern, in seltenen Fällen auch in den oberen Extr. in 39%; das *Ameisenkriechen und Kriebeln* nur in 24% (darunter in 12% die Finger, vornehmlich das Ulnarisgebiet, mitbetreffend). Kann ich daher auch Leyden[2]) nicht beipflichten, dass die letzten beiden Arten der Parästhesien im Verlaufe der Tabes selten seien, so scheint doch festzustehen, dass sie seltener sind, als gewöhnlich angenommen wird.

Im Uebrigen habe ich ausser diesen häufigen Parästhesien noch folgende abnorme Empfindungen notirt, die ich um so mehr für mittheilungswerth halte, als sie es sind, die nicht selten den Patienten zum Arzt eilen lassen, ohne in demselben immer den Verdacht auf Tabes zu erwecken: Gefühl des Hautbrennens (4 mal), des Bohrens in den Hüften (3), den Hacken (1), den Fusssohlen (1), des Druckes zwischen den Schultern (4), des Zusammengezogenseins der Beine (1), des Eingezogenseins der Herzgrube (1), des Dröhnens in den Händen (1), der schmerzhaften Körperunruhe (3), des Unbehagens in den Beinen vor dem Stuhlgange (2) des Schmerzes in einzelnen bestimmten Finger vor jedem Stuhlgange (2), des Schmerzes in ein und demselben Fusse nach jedem Essen (1), des Schmerzes in den Oberschenkeln beim Gehen und Reiten (1), des Druckes im Unterleibe bei Erregungen (1), des schmerzhaften Juckens der Haut der Beine nach dem Gehen (1), eines unbestimmten Schmerzes in den Armen, so dass Pat. zeitweise dieselben nicht aufstützen etc. kann (ohne Neuritis oder Neuralgie) (1).

Ein nicht gerade häufiges, aber auch nicht, wie man meint, seltenes Symptom der Tabes sind die beständig vorhandenen oder häufig sich einstellenden, vorwiegend das Kreuz betreffenden *Rückenschmerzen*, insofern über dieselben von 20% meiner Kranken geklagt wurde, darunter jedoch nur 4%, in denen Steifigkeit einer Wirbelsäulepartie,

[1]) Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884 12. Juli.

[2]) Artikel Tabes in Eulenburg's Encyclopädie.

Hervorrufen oder Vermehren der Schmerzen durch active und passive Bewegungen u. s. w. auf eine Miterkrankung der Meningen deuteten. Da aber unter den übrigen nicht über Rückenschmerz klagenden Pat. noch 13% gefunden wurden, in denen durch Druck auf einzelne Wirbel Schmerzen ausgelöst werden konnten, so steigt die Zahl der auf meningeale Complicationen deutenden Fälle auf 17%. Dass im Uebrigen bei Sektionen von Tabikern mit weiter vorgeschrittener Tabes eine viel häufigere Betheiligung der weichen Rückenmarkshaut gefunden wird, ist ja bekannt.

Auch die *Hauthyperästhesien* scheinen mir nicht so selten bei der Tabes zu sein, als man gewöhnlich annimmt. Ich notirte diejenigen, welche weder die Fusssohlen betrafen noch im Gefolge der lancinirenden Schmerzen auftraten und fand (am häufigsten am Rumpfe, namentlich in der Gürtelgegend) eine *Unempfindlichkeit gegen Berührung in 5%, gegen Kälteeindrücke in 18%, gegen Kälte und Berührung zugleich in 9%;* 1 mal zeigte sich Ueberempfindlichkeit des ganzen Körpers gegen Kälte und Wärme mit langdauernder Nachempfindung, 1 mal gegen Kälte, Wärme und Druck, 2 mal Strümpell's perverse Temperaturempfindung.

Unter den Empfindungslähmungen war die *Verminderung der Schmerzempfindung, sowie die Verlangsamung ihrer Leitung* die bei Weitem häufigste: erstere fehlte nur in 3, letztere in 4 meiner Fälle, während *schmerzhafte Nachempfindung nach Nadelstichen* in 22% vorhanden war. Ich möchte hier nochmals betonen, dass mir für die Diagnose der *beginnenden* Tabes die Prüfung der Schmerzempfindung und ihrer Leitung mindestens ebenso wichtig erscheint, wie die der Patellarreflexe und der Pupillen: bei der Seltenheit der Verlangsamung der Empfindungs- resp. Schmerzleitung in Folge anderer Erkrankungen hat das Vorhandensein derselben grossen diagnostischen Werth, da sie sich bei Tabes schon zu einer Zeit zu finden scheint, wo die Patellarreflexe noch erhalten sind, andere Sensibilitätsstörungen noch fehlen.

Ferner fand sich *Herabsetzung der Tastempfindung*, soweit dies durch Berühren mit Nadeln, Aesthesiometer, Bestreichen etc. zu entdecken war, in 86%; bei Prüfung der *faradocutanen Sensibilität* mit der Erb'schen Electrode sogar eine Herabsetzung in 94%. Ferner:

Herabsetzung des Temperatursinns in 33%, (eine *Verlangsamung der Leitung der Temperaturempfindung* in 8%); des *Drucksinns* in 57%, des *Kraftsinns* (jedesmal am quadric. fem. geprüft), in 55%, des *Gefühls für die Stellung der unteren Gliedmassen* in 61%, (darunter der untern und obern in 8½%), des *electromusculären Gefühls* (stets an der vorderen Oberschenkelmusculatur geprüft) in 54½%.

Schwanken bei geschlossenen Augen zeigte sich in 86%, *Ataxie* in 91½%; *Verminderung des Gehvermögens in Folge eintretender Ermüdung* in 78%, Verminderung *der groben Kraft der Beine* in 56%.

Ausser diesen gewöhnlichen motorischen Schwächezuständen habe ich noch notirt: mit einfacher *Atrophie verbundene Paresen einzelner Muskelgebiete* (3 mal), *mehrmals auftretende Lähmung der Glot-*

tiserweiterer (1), *plötzlich eintretende und langsam vorübergehende Parese der Beine* (2), häufiges *plötzliches Einknicken beim Gehen* (3).

Abgesehen davon kamen aber nicht wenige Fälle vor, in denen die Pat. *in Folge psychischer Einflüsse (Willenlosigkeit, Furcht vor dem Fallen u. s. w.) motorische Schwächezustände* zeigten, wie sie bei gewissen functionellen Erkrankungen des Centralnervensystems, wie Hysterie, Neurasthenie u. s. w. so häufig sind; so z. B. plötzliche Unfähigkeit weiter zu gehen, Unfähigkeit über Brücken zu gehen, (ein Engländer z. B. konnte seit dem Auftreten seiner Tabes nicht mehr über die London Bridge gehen) Unvermögen zu stehen und zu gehen ohne an den Rock etc. gefasst zu werden. Ich kann in dieser Hinsicht Leyden's[1]) Ausführungen nur beistimmen.

Motorische Reizzustände fanden sich (unabhängig von lancinirenden Schmerzen) in 10% und zwar fibrilläre Zuckungen (5 mal), Wadenkrampf (3), klonische Zuckungen in den Extremitäten (4), Dorsalflexion der Zehen beim Gehen (3), rechts Dorsal-, links Plantarflexion der Zehen beim Gehen (1). *Epileptische Krämpfe* wurden von einem früher Syphilitischen im Laufe der Tabes erworben: im Uebrigen litt keiner meiner Kranken weder vor noch während seiner Tabes daran — einen ausgenommen, der 2 Jahre nach syph. Infection innerhalb eines halben Jahres 3 epilept. Anfälle hatte und 12 Jahre später tabisch wurde, ohne jemals wieder Epilepsie gezeigt zu haben.

Endlich sind noch 2 Fälle zu erwähnen, die den schon früher — unter *„apoplectiforme Anfälle"* berichteten zuzuzählen sein dürften, insofern in dem einen zum öfteren Dysphasie auftrat mit gleichzeitigen Kopfschmerzen, Schwerbesinnlichkeit und Kriebeln im ganzen Oberkörper, in dem andern eine plötzlich auftretende Hemiplegie erst nach Monaten vorüberging. Es zeigten sich somit apoplectiforme Anfälle überhaupt in $3^1/_2$%.

Die *Patellarreflexe fehlten beiderseits* in 161 Fällen (97%). Sie waren vollkommen erhalten nur in einem einzigen Falle, in welchem neben hochgradiger Sehnerven-Atrophie Doppelsehen, lancin. Schmerzen, Parästh., Verminderung der faradocutanen Sensibilität und Schmerzempfindung, sowie Verlangsamung der Schmerzleitung vorhanden waren. In den 3 anderen Fällen war der Patellarreflex noch auf einer Seite erhalten; die Diagnose der Tabes stützte sich im ersten Falle, in welchem ich seit 4 Jahren das Constantbleiben dieser Erscheinung bei zunehmender Verschlimmerung der anderen Symptome beobachte, auf lanc. Schmerzen, Refl. Pupillenstarre, Verminderung fast sämmtlicher Empfindungsqualitäten, namentlich der Schmerzleitung, ziemlich starke Verlangsamung der Schmerzleitung mit schmerzhafter Nachempfindung, laryngeale Anfälle, Blasenparese, Impotenz; im 2. waren lanc. Schmerzen, refl. Pupillenstarre, Verminderung der Tastempfindung etc., Verlangsamung der Schmerzleitung etc., nervöse Magenanfälle, Blasenparese vorhanden; im 3. lanc. Schmerzen, Unsicherheit beim Gehen, Blasenschwäche, reflec. Pupillenstarre, Pupillenun-

[1]) L.-C.

gleicheit, Verminderung der Tastempfindung etc., Verlangsamung der Schmerzleitung: in allen 4 Fällen jedoch wurde weder Ataxie noch die von Fournier aufgestellte Hemiataxie gefunden. Im Uebrigen erklären sich derartige Fälle einfach daraus, dass ja die der Tabes zu Grunde liegende graue Degeneration der Hinterstränge keine *diffuse* Erkrankung ihres ganzen Querschnittes etc. ist, so dass gelegentlich Theile derselben frei bleiben, die, wie in jenen Fällen, das Bestehenbleiben des Patellarreflexes und anderer physiol. Functionen ermöglichen.

Unter den *Störungen der Sinnesorgane* gehören *die der Augen* zu den häufigsten Symptomen der Tabes: ich fand sie in 90% und zwar kamen im besonderen vor:

a) Lähmung eines oder mehrerer mm. rect. und obliqui in 19%.
b) Reflectorische Pupillenstarre allein in 45%.
c) Reflect. und accomodat. Pupillenstarre in 16%.
d) Träge Lichtreaction in 12%.
e) Träge Lichtreact. und träge Accomodation in 3%.
f) Hochgradige Myosis in 23%.
g) Mydriasis in 4%.
h) Unregelmässig verzogene Pupillen in $2^1/_2$%.
i) Ungleichheit der Pupillen in 40% (darunter 30%, in welchem die rechte Pupille grösser war als die linke).
k) Sehnerven-Atrophie in 9%.
l) Nystagmus (nicht atactischer) in $1^1/_2$%.

Lähmung der nn. acustici musste in 2 Fällen von im Laufe der Tabes erworbenen Schwerhörigkeit angenommen werden, da andere Gründe für letztere trotz specialistischer Untersuchung nicht gefunden werden konnten. In einem 3. Falle, in welchem Schwindel, Brechneigung, Ohrensausen, taumelnder Gang und Bewusstlosigkeit jedesmal durch schnelles Gehen hervorgerufen wurde, handelte es sich wahrscheinlich um Circultionsstörungen im Gebiete der den n. acustic. versorgenden Blutgefässe. In 1 Falle war *Anosmie* erworben worden.

Von anderen Hirnnerven als den schon erwähnten, war in 3 Fällen der *sensible Theil des Trigeminus*, in 1 der *Facialis* paretisch afficirt. Auf Miterkrankung des *Vagus* war in 11 Fällen (6%) zu schliessen, in sofern in denselben 4 mal typische, 3 mal atypische, laryngeale Anfälle mit gastrischen, 4 mal Herzpalpitationen mit anfallsweisem Aufstossen resp. anfallsweiser Athemnoth vergesellschaftet waren. Im Uebrigen waren mit Einschluss dieser Fälle vorhanden:

Anfallsweise auftretende nervöse Magenbeschwerden in 20% darunter typische *„gastrische Anfälle“ (cris-gast.)* in $8^1/_2$%.

Anfälle von Athemnoth, Beklemmung, kramfhaftem Husten etc. in 8% (darunter typische „laryngeale Anfälle“ (cris. laryng.) in $4^1/_2$%.

Anfälle von Herzpalpitationen in 5%.

Der *Puls war über 80* in 74% (*Herzfehler*, die im Laufe der Tabes entstanden, wurden nicht beobachtet).

Anfälle von *neuralgiformen Empfindungen im Gebiete der Darmnerven* kamen vor in 6% (darunter 3 Fälle mit gleichzeitiger geschlechtl.

Erregung, 1 mit gleichzeitiger „Urethralkolik"), solche im *Gebiete der Blasen- und Genitalnerven* in 3% (Schmerz bei jedem Uriniren, bei ejacul. sem. u s. w.)

Blasenparese resp. Paralyse war vorhanden in 8½%. In 2 Fällen hatte ein Blasencatarrh zur Bildung von Blasensteinen Veranlassung gegeben, so dass deren operative Entfernung nothwendig war[1]).

Darmparese (Obstruction) zeigte sich in 4½%,

Impotenz in 7%.

Secret. und vasomotorische Störungen:

Wegbleiben der Schweissfüsse in 7%.

Vermehrte, meist gewisse Körpertheile vorzugsweise betreffende *Schweisssecretion* in 11%.

Hartnäckiger Speichelfluss in 2½% (2 mal in Folge von Erkrankung des n. Trigeminus), 1 mal anfallsweise auftretend und jedesmal mit furchtbar heftiger und andauernder Magen- und Darmneuralgie vergesellschaftet).

Von Zeit zu Zeit auftretende Ecchymosen in 3%, darunter nur 1 Fall, in welchem Pat. nicht mager und anämisch war.

Unter den *trophischen Störungen* ist nach meinen Beobachtungen eine *schlechte allgemeine Ernährung* und damit zusammenhängende Anämie viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Ich fand nicht weniger als 34%, in denen die Kranken im Beginne oder Verlaufe ihrer meist noch weit von dem Endstadium entfernten Tabes (andere Ursachen natürlich ausgeschlossen!) sei es dauernd sei es nur auf gewisse Zeit abmagerten unter Gewichtsverlusten bis zu 50 Pfund: vor Allem gehörten hierzu die Kranken mit nervösen Magen- und Larynx-Anfällen.

Dagegen kam *degenerative Atrophie einzelner Muskelpartien* nur 2 mal vor (1½%), darunter der einzige unter allen Fällen, in welchem zugleich deutliche Symptome der *Bulbärparalyse* vorhanden waren.

Die *tabische Arthropathie* kam ebenfalls nur 3 mal vor (2%), darunter ein gutartiger Fall, in welchem die am Kniegelenk auftretende Erkrankung (Entzündung mit hochgradigem Hydrops) eines beiläufig an starker Ataxie Leidenden durch örtliche Einreibung von ca. 50,0 Unguen. hydrarg. cin. innerhalb 4—5 Wochen verschwand.

Drei meiner Kranken hatten eine tibia resp. fibula zu einer Zeit gebrochen, wo sie anscheinend schon an Tabes litten: die Callusbildung war bei allen eine excessive gewesen, so dass erhebliche Deformitäten entstandeu.

Endlich kamen noch vor: *hartnäckiger herpesartiger Ausschlag auf und zwischen den Zehen* (1), *Herpes zoster im Gebiete neuralgisch afficirter Intercostalnerven* (1), *Furunculosis* (1), *Lichen* (1), *perforirendes Geschwür* auf beiden grossen Zehen (1), *beständige Eiterungen* in sämmtlichen Nägelecken (1), *öfterer Zerfall eines bestimmten Zehennagels* in 2 Hälften mit folgender Abstossung und Neubildung (1), *Pruritus* am Rumpf und einem Fusse (2).

[1]) cf. Berger, Breslauer ärztl. Zeitschr. 1884, 12. Juli.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass in 31% eine *objectiv nachweisbare Mittbetheiligung der oberen Extremitäten* vorhanden war.

Im Uebrigen setzte sich in allen meinen Fällen das Krankheitsbild der Tabes zusammen aus einer verhältnissmässig grossen Reihe fast constanter und einer kleineren Reihe seltenerer Symptome. Es erscheint mir daher unmöglich, abgesehen von der von Friedreich beschriebene hereditären Form verschiedene Formen der Tabes aufzustellen, wie dies z. B. noch Fournier thut — man müsste denn *jedes* der seltenern Symptome zur Aufstellung einer besonderen Form benutzen. Denn selbst da, wo eins oder das andere dieser seltenern Symptome der Erkrankung einen anderen Charakter aufzudrücken scheint, — ich denke hier namentlich an die tabische Sehnervenatrophie, insofern sie gerade das typische Bild der Tabes einigermassen verändert, — selbst da werden gewisse Cardinalsymptome, wie lancin. Schmerzen, Fehlen der Patellarreflexe, Verminderung der Schmerzempfindung und Verlangsamung ihrer Leitung fast niemals vermisst.

II. Referate und Kritiken.

180) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber die Bestandtheile der Hinterstränge des Rückenmarks auf Grund der Untersuchung ihrer Entwicklung. (Vorl. Mittheilung. Neurol. Centralbl. 1885. Nro. 2.)

Die Markbekleidung der Fasern in den Hintersträngen, die ungefähr im 8. Monate des Fötallebens ihren Abschluss erfährt, geschieht nicht in allen Abschnitten derselben zu gleicher Zeit, sondern unterliegt, wie auch andere Gebiete des Rückenmarks, dem Gesetze consecutiver Entwicklung verschiedenartiger Bündel. Zuerst (5—6 Monat) tritt die Markbekleidung in der vorderen äusseren, an das Hinterhorn grenzenden Portion der Burdach'schen Bündel auf, die hauptsächlich aus Wurzelfasern bestehen; darnach (Ende des 6., Anfang des 7. Monats) entwickeln sich die Markscheiden in dem peripheren hinteren Theil der Burdach'schen Stränge, und noch später (Ende des 7. und im 8. Monat) in den Goll'schen Strängen.

Goldstein (Aachen).

---

181) **Johannes Hartz** (Blumenthal): Drei Fälle von Hirngeschwülsten. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 2 und 3. 1885.)

Fall I. Carcinom des rechten Stirnlappens. Magdalena P., 42 J. a., verlor eine Schwester an Magenkrebs, eine zweite an einem chronischen Lungenleiden. Bis zum 18. Lebensjahre gesund, später (?) traten heftige clonische Krämpfe auf, während welcher Schweisssecretion am ganzen Körper. 23 J. alt wurde sie bettlägerig, heftige Kopfschmerzen mit Intermissionen. 7 Jahre später fiel dem Angehörigen auf, dass die Sprache verlangsamt wurde. Dieselbe wurde immer schlechter, so dass Pat. nur noch das unverständliche Wort dizi aussprechen konnte. Schreiben auf einer Tafel erfolgte richtig. Nach 1

Jahre Erblindung auf beiden Augen. Allgemeine Convulsionen. Rollen der Augen. Athmung abwechselnd schnell und langsam.

Status den 13. VII. 1881. Klagen über beständigen Kopfschmerz und unerträgliches Hautjucken. Pupillen gleichweit, reactionslos. Gehör auf beiden Seiten normal. Mund ein wenig nach rechts verzogen. Links vollständige Lähmung und Unempfindlichkeit an den oberen und unteren Extremitäten. Starke Flexion im linken Kniegelenk. Sphincter vesicae gelähmt. Ende Juli: deutliche Lähmung der linksseitigen Halsmuskeln, Kopf nach rechts verzogen. 20. November. Patientin kann wieder alle Worte aussprechen. Schmerzen im ganzen Kopfe. Mehrmals im Laufe des Monats Convulsionen. März 1882. Schlingbeschwerden. Stuhlentleerungen jetzt unwillkührlich. Allmäliche Abmagerung. Häufiges Erbrechen. Coma. 22. Septbr. 1882 Exitus.

Section (Path. Institut München): Dura ausserordentlich blutreich. An der Basis des rechten Stirnlappens ein runder, derber, 10 Ctm. im Durchmesser haltender Tumor, in die Gehirnsubstanz eindringend und mit ihr verwachsen. Auf dem Durchschnitt von vielen bis 2 Mm. dicken Bindegewebssträngen durchzogen. Microscopisch gibt er das Bild eines epithelialen Carcinoms. Orbital-Frontal-Centralwindungen besonders rechts abgeplattet. Ventrikel stark erweitert.

Fall II. Epidermoidcyste des linken Stirnlappens. Max O., 21 J. alt, aus gesunder Familie. Während seiner Schul- und Lehrzeit grosse Reizbarkeit und Muskelzuckungen. Letztere traten anfallsweise in Gesichts- und Schultermuskulatur auf, so dass das Gesicht verzerrt und der Kopf hin und hergedreht wurde. Nur kurze Zeit dauernd. Pat. wurde schwer am Kopfe verletzt und starb zwei Tage später.

Section (Path. Institut München): Epidermoydcyste im linken Frontallappen. Riss in der Medulla oblongata, Bruch der Wirbelsäule und des Sternum. Gehirn 1550 Grm. schwer. Dura etwas injicirt. Hirnwindungen abgeplattet. Venen strotzend mit Blut gefüllt. Hinter dem Pons ist ein oberflächlicher Einriss in die med. oblong. Am Eingang der Foss. sylv. sin. sitzt an der Basis des Gehirns ein taubeneigrosser Tumor, in's Innere des Gehirns ragend, abgekapselt. Im Inhalt desselben findet man microscopisch 1—2 Mm. lange weisse Haare, runde Zellen mit runden Kernen, Detritusmassen. Obwohl die macroscopisch pathologisch-anatomischen Bilder sich in beiden Fällen so sehr gleichen, sind doch die klinischen Erscheinungen grundverschieden. Verf. sucht den Grund hierfür ausser in der individuell verschiedenen Reizbarkeit in dem verschieden schnellen Wachsthum. „Wächst der Tumor nur allmälich, so erfolgt die Drucksteigerung auch nur nach nnd nach und die Nervenelemente können sich an dieselben gewöhnen, zumal da ihre Ernährung wegen der regelmässigen Blutzufuhr nur wenig beeinträchtigt werden kann.“ Das überaus merkwürdige Symptom des ersten Falles — das Verschwinden der Aphasie nach fast 11 jährigem Bestehen — bleibt unerklärt.

Fall III. Multiple Sarcomatose des Grosshirns. Marie F., 56 J. alt, fing vor 6 Jahren an, sehr reizbar zu werden und sich in ihrer

Aufregung als eine von Gott bevorzugte Person hinzustellen, welcher man auf Erden stets unrecht thäte. Seit 1 Jahre leidet sie an Schwindelanfällen, Kopfschmerzen. Einige Monate vor ihrem Tode wurde die Sprache erschwert. Die religiösen Reden hören auf. Apathie. Seit der Mitte des Dezembers Gedunsensein der rechten Gesichtsseite. Urin- und Stuhlentleerungen erfolgen unwillkürlich. Patientin, welche schon früher viel geschlafen haben soll, litt jetzt an solcher Schlafsucht, dass sie den grössten Theil des Tages schlafend zubrachte. Erbrechen, Bewusstlosigkeit und Tod am 28. Dezember.

Section (Path. Institut München) Diagnose: Sarcom im linken Streifenhügel, kleinere in der rechten dritten Stirnwindung beider Stirnlappen. In den linken Seitenventrikel des Gehirns ragt, von der Gegend des Streifenhügels ausgehend, ein taubeneigrosser, weissröthlicher Tumor hinein. Oberfläche höckerig, Tumor sitzt dem Streifenhügel in ganzer Ausdehnung auf. Gegen die Rindensubstanz scharf abgesetzt. Aehnliche finden sich bohnengross an der Hirnoberfläche der 3. rechten Stirnwindung, welschnussgrosse in der weissen Substanz beider Stirnlappen. Micrososcopisch erweist sich der Tumor als ein reines Spindelzellensarcom. Die Gefässe in der Umgebung haben stark verdickte Wände, welche eine sehr starke Kernwucherung zeigen.

Goldstein (Aachen).

---

182) **Montagu Handfield Jones** (London): Abscess in cerebellum, syphilitic symptoms: sudden blindness, great occipital pain, great benefit from calomel, death, autopsie. (Abscess im Kleinhirn, syphilitische Symptome, plötzliche Blindheit, heftiger Hinterkopfschmerz, gute Wirkung von Calomel etc.) (Brain, October 1884.)

Ein 46 jähriger Kutscher, Vater von dreizehn Kindern wurde vor 4 Jahren von Rheumatismus befallen, an den sich eine vorübergehende Lähmung der rechten Körperhälfte anschloss. Vor zwei Jahren erblindete Patient plötzlich und zeigte psychische Störung. Die Blindheit besserte sich nach zwei wöchentlichem Bestehen. Der Kranke konnte wieder seine Arbeit verrichten, bis vor 4 Monaten Anfälle heftiger Hinterkopfschmerzen mit Nackenstarre von der Dauer von zwei bis drei Minuten auftraten. Am Brustbein und der Tibia fanden sich Spuren abgelaufener syphilitischer Affectionen, an Stelle der Papillen ein schwacher weisslicher unregelmässiger Fleck, nichts destoweniger war der Kranke noch im Stande die Zeitung zu lesen. Stuhlgang sehr angehalten, häufiges Erbrechen. Schwerhörigkeit soll viele Jahre vorher schon bestanden haben, nahm aber gegen das Ende hin zu. Unter Calomelbehandlung besserten sich die Kopfschmerzen und das Sensorium wurde freier, wenige Tage vor dem Tode nahm der Schmerz plötzlich zu und Pat. starb unter den Erscheinungen der Herzschwäche.

Im rechten Kleinhirn lagen nahe der Oberfläche zwei durch ein Septum derber Hirnsubstanz getrennte Abscesse mit grünlichem eitrigen Inhalte, die Dura darüber war in der Grösse eines 3 Markstückes verdickt, durchscheinend. In der linken Tibia fand sich ein wallnuss-

grosses Gumma. Verf. betont, dass atactischer Gang und Störungen in der Augenbewegung zu keiner Zeit vorhanden waren. Die temporäre Blindheit führt er auf eine Drucksteigerung durch den syphilitischen Tumor zurück, der später zur Abscedirung kam.

Matusch (Sachsenberg).

183) **Radcliffe Brocker** (London): Lesions of the nervous system etiologically related to cutaneous disease. (Der ätiologische Zusammenhang zwischen Läsionen des Nervensystems und Hautkrankheiten.) (Brain. October 1884.)

Nach Zusammenstellung und Sichtung der zahlreichen in der Literatur zerstreuten hierher gehörigen Fälle kommt Verf. zu den Schlüssen: dass weniger ernste Folgen bei Aufhebung der Innervation, als bei Reizung und Entzündung der innervirenden Theile des Nervensystems auftreten, dass die Art der Eruption auf nervöser Basis bei gleichem Ort und gleicher Natur der nervösen Störung sehr verschieden sein kann, ohne dass ein Grund dafür vorhanden ist; dass die gleiche Eruption ihren Ursprung irgend einem defecten Gliede in der Nervenkette vom Centrum bis zur Peripherie verdanken kann. Die gleiche nervöse Affection kann in einem Falle Eruption oder andere nutritive Störung erzeugen, in vielen anderen aber keinerlei Folgen haben. Bei gewissen Nervenläsionen findet die Hautaffection ihre Erklärung in Widerstandsunfähigkeit des Gewebes gegen äussere Schädlichkeiten, über die Bedingungen der Entstehung oder der Form der Eruption bei irritativen Läsionen wissen wir gar nichts. Der cerebrale Einfluss scheint der Function der vasomotorischen Centren entsprechend verschieden zu sein und hängt von den secundären Veränderungen im Rückenmark ab. Die Fasern, denen die Ernährung der Haut obliegt, verlaufen mit den sensibelen Fasern vorzugsweise in den Hintersträngen. Ausserhalb des Markes liegt die Bahn in den hinteren Wurzeln, den Spinalganglien und den sensibelen Nerven.

Matusch (Sachsenberg).

184) **Horsley** (London): The thyroid gland, its Relation tho the pathology of Myxoedema and Cretinism, tho the question of the surgical treatment of goître and to the general Nutrition of the body. (Die Beziehungen der glandula thyreoidea zu Myxödem, Cretinismus und allgemeiner Ernährung.) (The Brit. Medic -Journ. 1885. 17. und 31. Jan.)

Verf. versucht in seinen beiden Vorträgen den Beweis für die Behauptung von Felix Semon zu bringen, dass Cretinismus, angeborenes oder erworbenes Myxödem und Cachexia strumipriva verschiedene Phasen einer und derselben Krankheit vorstellen und alle auf eine und dieselbe Ursache nemlich den Ausfall der Function der glandula thyreoidea zurückzuführen seien. Er behandelt zunächst die Anatomie der Drüse, dann ihre Function, bespricht dann die Folgen ihrer Excision, die er an einem Affen ausgeführt hat. Die detaillirten Mittheilungen müssen im Original nachgelesen werden. Hier will ich nur die quasi Schlusssätze wiedergeben, zu denen Verf. im Laufe seiner Darstellung kommt.

1. Die Th. Drüse besteht aus 2 anatomisch und physiologisch verschiedenen Theilen: 1) drüsige Acini — Mucinexcretion, 2) Lymphknötchen — haematogene Function.

2. Exstirpation der Drüse verursacht eine Zunahme von Mucin in den Geweben durch eine retrograde Gewebsveränderung (?) und durch eine Functionssteigerung derjenigen anderer Drüsen, die normaler Weise nur wenig Mucin produciren, namentlich der Parotis.

3. Exstirpation hat eine Verminderung der Blutkörperchen zu Folge, eine Veränderung der Coagulationsfähigkeit des Blutes und eine Vermehrung des Mucingehaltes im Blute.

4. Auf die Exstirpation folgen nervöse Veränderungen a) der niedrigen motorischen Centren: Zittern mit Steifigkeit und Lähmung, b) der höheren psychocorticalen Centren: Imbecillität und schliesslich Tod im Coma. Erlenmeyer.

---

185) **Vigouroux:** Maladie de Thomsen et Paralysie pseudohypertrophique. (Arch. de Neurol. 1884 Vol. VIII Nr. 24 November.)

Während in manchen Fällen von Thomsen'scher Krankheit eine bedeutende Vermehrung des Volumens der Muskeln beobachtet wurde, wird in anderen das Fehlen jeglicher Hypertrophie constatirt. V. beobachtete einen Fall, welcher neben der deutlich ausgesprochenen Thomsen'schen Myotonie Pseudohypertrophie der Muskeln darbot. V. fasst den Fall als *Combination der beiden Krankheiten* auf. Bemerkenswerth ist die Angabe betr. *Verstärkung der Sehnenreflexe.*

Bei dem 19 jähr. Pat., dessen Mutter „nervös" ist, besteht das Leiden seit der frühesten Kindheit. Seine unteren Extremitäten sind „athletisch", die einzelnen Muskeln derselben übrigens gleichmässig von der Hypertrophie befallen; ferner sind pseudohypertrophisch die portiones claviculares der Mm. cucullares, Mm. Deltoides, in geringerem Grade Biceps und Triceps, dann auch an der Hand Thenar, Hypothenar und Interossei. Muskelkraft sehr vermindert; typisches Aufrichten aus liegender Stellung durch das bekannte „an sich Hinaufklettern". Galvan. Erregbarkeit der Muskeln herabgesetzt, faradische erhalten. Der Kranke klagt nicht über Schwäche, sondern nur über die bei den willkürlichen Bewegungen auftretende Muskelsteifigkeit: wenn er sich vom Stuhle erhoben hat und sich in Gang setzen will, so werden die Beine für einige Sekunden steif, und die ersten Schritte, die er dann machen kann, sind langsam; wenn er auf der Strasse seinen Gang beschleunigen will, um z. B. einem Wagen auszuweichen so versagen ihm die Beine durch ihre sofort eintretende Steifheit ihren Dienst, ja oft fällt er dann bei seinen Bemühungen zu Boden und es tritt eine allgemeine Muskelsteifheit ein. Die Affection betrifft auch die oberen Extremitäten, sowie Zungen- und Kaumuskeln, so dass auch Sprache und Mastication behindert ist. Die Störung tritt deutlicher hervor, wenn Pat. sich beobachtet weiss. Die Sehnenreflexe sind verstärkt; mechanische Erregbarkeit der Muskeln normal; bei electrischer Reizung wird aus jeder vom Nerv oder Muskel aus durch fardischen oder galvan. Strom hervorgerufenen Contraction ein durch mehrere Sekunden bestehender Tetanus und überdauert die Contraction den Strom; dabei war die Anode wirksamer als die Kathode.

Schoenthal (Berlin).

---

186) **A. Pitres**: On the early occurrence of ankle-clonus in hemiplegia. (Frühzeitiges Auftreten von Fussclonus bei Hemiplegie.)
(Brain, October 1884.)

P. erzählt zwei Fälle, in denen der Fussclonus bereits 11 und 15 Stunden nach Eintritt der Hemiplegie beobachtet wurde, während Charcot als die Zeit seines Auftretens den zweiten Tag bis zwei Wochen, Westphal den 7. bis 21. Tag annehmen. Der erste Fall betrifft einen Studenten, der unmittelbar nach einem Degenstich durch die rechte Orbita von linksseitiger Hemiplegie befallen war. Das Kniephänomen war links stark, rechts etwas gesteigert, links zeigte sich 11 Stunden nach der Verletzung heftiger Fussclonus, rechts nur andeutungsweise. Der letztere verschwand rechts nach einigen Tagen, behielt aber links die ganze Stärke, nachdem die Gebrauchsfähigkeit der linken Seite sich etwas wiederhergestellt hatte. Die grobe Kraft blieb links dauernd etwa um die Hälfte vermindert und die Sensibilität, besonders die Muskel- und Tastempfindung, blieb herabgesetzt. Zugleich hatte sich Rigidität der linken Seite eingestellt. — Im zweiten Falle zeigte sich der Fussclonus 15 Stunden nach einer Apoplexie mit totaler rechtsseitiger Hemiplegie ohne Rigidität. Das Kniephänomen war auch hier auf der gelähmten Seite erhöht. Die Lähmung besserte sich später nicht und die Muskeln rechts wurden rigide. Pitres vindicirt dem frühzeitigen Erscheinen des Fussclonus eine schlechte prognostische Bedeutung für die Wiederkehr der Function der gelähmten Seite. Matusch (Sachsenberg).

187) **Bourneville** et **Bricon**: Epilepsie Jacksonienne.
(Archives de Neurol. 1884 Vol. 8 Nr. 24 November.)

Ein 24jähriger Kranker aus phthisischer und zum Theil neuropathischer Familie hatte in seinem 10. Jahre nach einer anfangs mit Fieber und Erbrechen einhergehenden dreimonatlichen Krankheit eine Lähmung der ganzen linken Körperhälfte bekommen, die allmälich wieder verschwand; nur der linke Arm wurde nicht wieder ganz functionsfähig und blieb in seiner Entwickelung gegenüber dem rechten Arm zurück. Nach 4 Jahren im 14. Lebensjahre des Pat. Auftreten von Vertiges epileptiques, bei denen Pat. die Augen nach links verdrehte, der Kopf sich nach links drehte; im 17. Jahre Auftreten von epileptischen Anfällen, in denen die Erscheinungen vorwiegend linksseitig. Die Aura ging von der l. Hand aus, die tonischen Krämpfe waren links stärker als rechts; die klonischen Zuckungen dauerten links länger an, besonders im linken Arm, manchmal waren überhaupt die Zuckungen nur linkerseits. Da der Anfall stets von der linken Hand ausging und zwar mit einer Beugung der Finger (zunächst des Daumens) begann, so hatte Pat. eine krankhafte Angst vor aktiver oder passiver Beugung dieser Hand. Er sucht desshalb fortwährend sie mit Hülfe der anderen Hand in Streckstellung zu halten (so dass schliesslich eine Subluxation im I. Phalangealgelenk eintrat) und so die Neigung zu Beugecontractur zu überwinden, durch welche Manipulation er allerdings öfters bei beginnender Aura den Ausbruch eines

Anfalls coupiren konnte. Merkwürdiger Weise verschwand diese Neigung zur Beugecontractur auch, wenn die Aufmerksamkeit des Kranken abgelenkt war. Auch am l. Vorder- und Oberarm schienen die Muskeln in leichter beginnender Beugecontractur, die l. Oberextremität zeigt geringeren Umfang und war kälter anzufühlen, als die rechte. Keine Atrophie, keine Sensibilitätsstörung, Sehnenreflexe beiderseits gleich. Wenn Pat. lange Zeit mit dem l. Auge einen Gegenstand fixirt, so hat er das Gefühl, als ob er einen Anfall bekäme. Die Anfälle traten zeitweilig auch sehr gehäuft auf, woran sich zum Theil mehr weniger lange dauernde psychische Störungen (Verwirrtheitszustände und Hallucinationen) schlossen. Tod im Status epilepticus. Die *Autopsie* ergab: in der rechten Grosshirnhemisphäre ein alter Herd. Destruction des hinteren Abschnittes des gyr. front. III und II, des mittleren Abschnittes des gyr. front. I, der unteren Hälfte des gyr. centr. ant. und post., des lobulus parietal. infer. und der vorderen Hälfte des gyr. angularis. Rechter Hirnschenkel weniger gewölbt, als der linke, zwischen mittlerem und innerem Drittel derselben seichte Depression; l. Grosshirnhemisphäre 90 gr. schwerer, als die rechte, l. Kleinhirn 20 gr. schwerer als das rechte. Pia an Stelle der erweichten, tief eingesunkenen Partien ödematös infiltrirt, eine Pseudocyste bildend. Schoenthal (Berlin).

188) **Ballet** et **Crespin:** Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle; étude d'une nouvelle variété d'état de mal épileptiforme. (Arch. de Neurol. Vol. 8 Nr. 23 S. 129 Nr. 24 S. 277.)

Bekanntlich sind hysterische Anfälle (besonders das erste Stadium derselben) oft epileptischen vollkommen ähnlich resp. gleich; auch unter dem Bilde des „petit mal“ können hysterische Anfälle vorkommen. Verff. beschreiben nun 5 Fällen, in denen die hysterische Krämpfe unter dem ausgesprochenen Bilde der Rindenepilepsie auftraten, so dass die Diagnose — ob Epilepsie aus corticaler Läsion oder Hysterie — im Anfang sehr erschwert war, und wollen damit eine neue Abart des hysterischen Anfalls constatiren. Die Zuckungen waren auf eine Körperhälfte (forme hémiplégique) oder auf eine Gliedmasse (forme monoplégique) beschränkt und verhielten sich genau wie bei der corticalen Epilepsie; es fehlte auch die Phase der „grands mouvements“ und der Hallucinationen. Meist tritt diese Art des hysterischen Anfalls in Serien auf und es entsteht ein wahrer Status epilepticus. Die Differentialdiagnose zwischen dieser hysterischen Rindenepilepsie und der ächten durch corticale Läsionen begründeten hat zu berücksichtigen: 1. Das Fehlen der Temperatursteigerung beim status epilept. der hyster. Rindenepilepsie; 2. das Fehlen der postparoxismalen Lähmung in den an den Convulsionen betheiligt gewesenen Gliedern bei derselben. 3. Den Nachweis sonstiger für den gewöhnlichen Anfall gegenüber dem epilept. Anfall characteristischer Symptome: Einfluss der Ovariencompression, Unwirksamkeit des Bromkali u. s. w. Schoenthal (Berlin).

189) **Ph. Schech** (München): Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall phonischen Stimmritzenkrampfes. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1885. Nro. 1.)

Bei einem Religionslehrer, welcher im Dezember 1883 acute Rhinitis und Laryngobronchitis acquirirte, bestand Januar 1884 nur noch Hyperämie der Lig. aryepiglott. Während der spastischen Phonation fester Verschluss der Bänderglottis mit geringem Klaffen der Knorpelglottis und starkem Nachvornetreten des linken Santorins'schen Knorpels-Spasmus wurde niemals durch kräftigen Anschlag der Stimmbänder, wie beim Singen, jedesmal aber beim Sprechen und Flüstern hervorgerufen. Merkwürdig war die Mitbetheiligung anderer nicht leicht dem Spasmus anheimfallender Muskeln. Mitte Januar, auf der Höhe der Krankheit, stellten sich beim Flüstern blitzschnell unter sofortiger Aphonie heftige clonische Krämpfe der Hals- und Nackenmuskulatur ein; in den stärksten Anfällen wurde auch die leicht hypertrophische Schilddrüse aus der Tiefe emporgeschnellt und die Gegend vor der Trachea beträchtlich hervorgewölbt.

Verlauf der Krankheit war äusserst langwierig. Interne Medicamente, Galvanisation von keinem Erfolg. Schliesslich nutzte eine kalte Regen- und Strahldouche auf die Kehlkopf- und Nackengegend mit einem Irrigator und geringer Fallhöhe vorgenommen. Verf. weist auf die Hydrotherapie bei Neurosen des Kehlkopfs und Schlundes hin.

Goldstein (Aachen).

190) **Reichert** (Bamberg): Tetanus traumaticus. Heilung durch blutige Dehnung der beiden Nerv. ischiadici. (Aerztl. Intelligenzbl. 1885. Nro. 5.)

Ein 21 Jahre alter Soldat wurde am 1. August von seinem Dienstpferde in die linke Seite des Rückens gebissen. Am folgenden Tage leichte Kopf- und Nackenschmerzen. Bis zum 11. dauerte das allgemeine Unwohlsein. Plötzlich wurde er an genanntem Tage von Kopfschmerzen, Schwindel, Flimmern vor den Augen befallen und stürzte unter krampfhaften Zuckungen der Muskulatur der ganzen linksseitigen Körperhälfte bewusstlos zu Boden. Er wurde in diesem Zustande in das Lazareth gebracht. Pupillen mässig erweitert, vollkommen reactionslos. Zahnreihen fest aufeinander geschlossen. Von Zeit zu Zeit tonische und klonische Krämpfe der Beugemuskulatur der beiden unteren Extremitäten, leichte spastische Contraction der Rückenmuskulatur (Opisthotonus). Am folgenden Tage wurde bei dem zum Bewusstsein zurückgekehrten Patienten eine mit schmierig-eitrigem Belag bedeckte Wunde in der l. Regio infraspinata constatirt. Pupillen etwas verengt, Zahnreihen fest aufeinander gepresst. Mi. cucullares, linksseitige M. pectoralis und M. obligans extern. in continuirl. spast. Contractionen. Respiration mühsam. Puls verlangsamt. Kniegelenk spastisch contracturirt. Temperatur normal. Bis zum 22./VIII. steigerte sich die Intensität und Häufigkeit der immer mit Bewusstseinsverlust verbundenen Anfälle, wenn auch die Dauer jedes einzelnen Anfalls gegen den Anfang verringert war. An jenem Tage blutige Dehnung beider Ni. ischiadici. Vom Zeitpunkt der Operation an waren Trismus und Asphyxie verschwunden, und es kam kein weiterer Anfall mehr zur Beobachtung.

In der Epicrise bemerkt Verf. selbst, dass vorliegender Fall von dem allgemein aufgestellten klinischen Bilde des Tetan. traumat. in einigen wesentlichen Punkten abweicht. Die ziemlich lange Dauer des Prodromalstadiums (11 Tage) ist auch anderweitig beobachtet, der rapide Uebergang zur eigentlichen Krankheit ist nicht so auffallend, als das Erlöschen des Bewusstseins in den Anfällen, da ja das vollständig ungetrübte Sensorium sonst als pathognomisch angesehen wird. In der anfallsfreien Zeit war auch hier das Sensorium frei. Verf. erwähnt daher selbst die Aehnlichkeit mit eklamptischen Anfällen. Trotz dieser Abweichungen und trotzdem kein Fieber bestand, auch der Puls verlangsamt war, glaubt Verf. an der Diagnose Tetanus festhalten zu müssen. Die völlige Heilung nach der betr. Dehnung ermuthigt zur Nachahmung Goldstein (Aachen).

191) **Fournier** (Paris): Des troubles psychiques dans la période prae-ataxique du tabes d'origine syphilitique (L'Encéphale 1884 Bd. IV Heft 6.)

Wie die verschiedenartigsten cerebralen Symptome (Schwindel, Congestionen, epileptiforme Anfälle, Aphasie) bei der Tabes vor der Ataxie sich finden können, so werden zuweilen auch psychische Störungen — allmähliche Abnahme der Intelligenz, besonders des Gedächtnisses bis zu völliger psychischer Schwäche — in diesem „präätactischen" Stadium der T. beobachtet. F. hat 17 derartige Fälle gesehen. Die psychischen Störungen können sogar als allererstes Krankheitssymptom auftreten und können dann, analog gewissen ebenfalls nur transitorischen Motilitätsstörungen der präätactischen Periode, nach einer gewissen Zeit wieder verschwinden oder auch im weiteren Verlauf der Tabes bestehen bleiben. Häufiger ist es jedoch, dass die psychischen Störungen erst in einem späteren Stadium auftreten, wo schon verschiedene ausgesprochene Symptome der T. sich nachweisen lassen, wenn auch die Ataxie noch fehlt. Sie können die einzigen oder wenigstens die ersten cerebralen Symptome sein — oder auch an die oben genannten cerebralen Symptome sich erst anschliessen. Im Allgemeinen bestehen sie nach F. in Abnahme des Gedächtnisses, Veränderung des Charakters, der Gewohnheiten und der Stimmung, gradatim zunehmende psychische Schwäche bis zum völligen Blödsinn. Aber auch in Form des Delir's (folie tabétique), der Melancholie, des Stupor's können (dann meist transitorisch) die psychischen Störungen auftreten. Zuweilen besteht das ausgesprochene Bild der progressiven Paralyse in der präätactischen Periode der Tabes: Fournier's syphililitische Pseudoparalyse*). Schoenthal (Berlin).

192) **Rey** (Ville-Evrard): Des troubles intellectuels dans quelques affections de la moelle et plus spécialement dans l'ataxie locomotrice. (Geistesstörung bei Rückenmarksleiden bes. bei Tabes.) (Ann. méd. psycholog. September 1884.)

Fälle von Tabes mit nachfolgender Paralyse, von Paraplegien, disseminirten Sclerosen etc. mit nachfolgender Paralyse oder einfacher Geistesschwäche. Otto (Dalldorf).

*) Fournier: syphilis du cerveau, pag. 333.

193) **Millet** (Prémontré): Sarcome de la dure-mère à droite. — Hallucinations unilatérales du côté droit. (Sarcom der Dura rechterseits und rechtsseitige Hallucinationen.) (Ann. méd. psycholog. September 1884.)

Bei einem alten Manne traten epileptiforme Anfälle mit nachheriger Verwirrtheit, Kopfschmerz und Schwindelzustände, rechtsseitige Hallucinationen (Geräusche, Thier- und Vogelstimmen etc.) auf. Der Zustand verschlimmerte sich während dreier Jahre. Bei der Section fand sich rechts ein hühnereigrosses, theils verkalktes, theils erweichtes Sarcom der Dura in der Fossa Sylvii in der Gegend der Insel.

Otto (Dalldorf).

---

194) **Baillarger:** Délire aigu; éruption de furoncles au vingtième jour. Quérison. (Delirium acutum; Eruption von Furunkeln am 20. Tage. Heilung.) (Ann. méd. psycholog. Mai 1884.)

Delirium acutum bei einem 20jährigen Mädchen, im Verlauf rechtsseitige choreatische Bewegungen neben den gewöhnlichen Erscheinungen, am 20. Tage Eruption von Furunkeln und günstige Wendung. Ein kurz zuvor gegebenes Emeticum hatte durch das Erbrechen galliger Massen schon einige Besserung verursacht. Vollständige Heilung nach 2 Monaten.

Verf. fasst den Ausbruch der Furunkel als Krise auf. Im übrigen stellt er den Fall als Beispiel für die vesanische Form des D. acutum hin und setzt dieser die paralytische, von der er demnächst einen Fall berichten will, gegenüber. Otto (Dalldorf).

---

195) **Baillarger:** Nature cadavérique de quelques lésions des centres nerveux. (Ueber die kadaveröse Natur einiger Veränderungen des Centralnervensystems.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1885.)

In der kurzen Mittheilung bemerkt B. nach einem Hinweis auf die Arbeiten Plaxton's (Journal of mental science, April 1883) und Schulz's (Neurolog. Centralblatt, November 1883) über ähnliche Gegenstände, dass einige sorgfältige Beobachtungen zu ergeben schienen, dass die bei Dementia paralytica fast immer vorhandenen Verwachsungen der Pia mater mit der Hirnrinde sich erst nach dem Tode bildeten und demnach nur als Leichenerscheinugen angesehen werden dürften. In der That habe man in fünf Fällen, bei denen die Sektion in weniger als zehn Stunden nach dem Tode gemacht worden sei, keine Verwachsungen gefunden. Weitere Untersuchungen möglichst bald nach dem Tode, seien erwünscht und eine Beseitigung des gesetzlichen Hindernisses wenigstens für öffentliche Anstalten anzustreben.

Otto (Dalldorf).

---

196) **Luys** (Paris): Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale. (Statistische Beiträge zur Pathogenese der allgem. Paralyse). (L'Encéphale 1884 B. IV H. 6.)

Die Zusammenstellung umfasst 140 Paralytiker aus den besseren Gesellschaftsklassen. Das mittlere Alter der Erkrankten ist 43 Jahre

bei den Männern, 40 bei den Frauen; das niedrigste Alter, in der L. Paralyse auftreten sah, war 27, das höchste 61 Jahre. Das Geschlecht anlangend, so überwiegen in den höheren Gesellschaftsklassen die Erkrankungen des männlichen Geschlechts bei weitem die des weiblichen, in L.'s Fällen ist das Verhältniss 136:4; in den ärmeren Klassen sollen beide Geschlechter ziemlich gleich oft (? Ref.) erkranken. 39% waren von schmächtiger, 58% von mittlerer und nur 3% von kräftiger Statur. Die Zahl der Unverehelichten unter den 140 Kranken L's erreichte die relativ beträchtliche Höhe von 59—42%. Unter den 81 Verheiratheten ist die geringe Kinderzahl auffallend: 27 unter den 81 Ehen waren ganz unfruchtbar, und auf die restirenden 53 Ehen kamen nur 80 Kinder, also circa 1,5 auf jede Ehe. Ball und Régis (Les familles des aliénés L'Encéphale 1883) hatten gefunden, dass die Zahl der Kinder der Paralytiker resp. der später an Paralyse erkrankenden der Durchschnittsziffer der normalen gesunden Bevölkerung — sie nehmen sie für Paris als 2,73 Kinder pro Ehe an — gleichkäme. (Sollte *hier* nicht gerade in Betracht kommen, dass das Material L.'s den besseren Gesellschaftsklassen entnommen ist, (wo auch normaliter weniger Kinder pro Ehe) während B. und R. zu ihren Studien das Hospitalmaterial, also ärmere Klassen, verwandten ? Ref.) — Die Kinder der Paralytiker sollen auch körperlich und geistig in der Entwickelung defekt sein. In Uebereinstimmung mit Ball und Régis fand auch L. in der Ascendenz der Paralytiker häufig psychische Abnormitäten, und besonders fanden sich viele psychopathische Mütter der Paralytiker. In den meisten Fällen (in 19 von 20!) sind nach L. auch die Geschwister der Paralytiker „eigenthümlich", — inferiore Organisationen in physischer und psychischer Hinsicht. L. resumirt: Die Paralyse ist kein von aussen kommendes und das Individum zu einer bestimmten Zeit befallendes Accidens, sondern nur das letzte Glied in einer Reihe von ursächlichen Momenten, deren erstes Glied in der Ascendenz zu suchen ist — das Produckt einer hereditären Disposition (Neigung zu cerebralen Congestionen) und einer dadurch bedingten geringeren Widerstandsfähigkeit im Kampfe um's Dasein.

Schoenthal (Berlin).

---

197) **J. Putnam** (New-York): The medico-legal significance of hemianaesthesia after concussion accidents. (Die gerichtlich-medicinische Bedeutung der Hemianästhesie nach Eisenbahnzusammenstössen.)

(The Amer. journal of neurol. & psych. 1884. Aug.)

Verf. hat in einer Reihe von Fällen nach Eisenbahnzusammenstössen complete oder partielle Hemianästhesie beobachtet, nachdem alle andern Symptome einer Spinalirritation verschwunden waren. Es ist weder ein bedeutendes Trauma zur Hervorrufung eines derartigen Zustandes nothwendig, noch eine besondere neuropath. Constitution, die Hemianästhesie braucht keine vollständige zu sein, eben so wenig wie es bei der hysterischen der Fall ist. Interessant ist die Thatsache, dass die Grenzlinie zwischen der gefühllosen und der normalen

Zone zuweilen nicht in der Mitte, sondern mehr nach einer Seite zu verläuft. Die Prognose ist besser wie bei der hyster. Hemianästhesie. Verf. meint, dass der Nachweis einer derartigen Sensibilitätsstörung von Nutzen sein könne in Fällen, wo von den Richtern Simulation vermuthet wird. Koenig (Dalldorf).

III. Miscellen.

Irrenwesen in Berlin. In Dalldorf betrug am 31. Dezember 1884 der Bestand der Irren und Idioten 1192 (583 M. 609 W.). Auf städtische Kosten waren zur angegebenen Zeit untergebracht in Privat-Anstalten 646 (323 M. 323 W.). In der Idiotenanstalt betrug der Bestand am 31. Dezember 1884 69 Kinder (46 Kn. 23 Mäd.), in Privatanstalten resp. Privatpflege zur selben Zeit 16 (13 Kn. 3 Mäd.).

Irrenwesen in Neu-Seeland. Dem zweiten Jahresbericht über die Irrenanstalten in N.-S. den Dr. Grabham herausgegeben hat, entnehmen wir folgendes: Am 31. Dezember 1883 waren 1375 Irre in Anstalten untergebracht; das sind 106 Personen mehr als im vorhergegangenen Jahre. Das Verhältniss der Irren zur Bevölkerung war 1882 1 : 413, 1883 1 : 393. Es gibt in N.-S. 8 Irrenanstalten. Gr. wendet sich gegen das durch das 1882 edirte Irrengesetz an Verwaltungs- und Justizbeamten übertragene Recht bezüglich der Internirung von Irren. Von 421 im Jahre 1883 Aufgenommenen waren 137 nicht durch Aerzte vorher untersucht und 19 von diesen wurden bei der Aufnahme als „nicht geisteskrank“ erkannt. E.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M., freie Station. 2) Illenau, Hilfsarzt, 1500 M. Anfangsgehalt und freie Station. 3) Leubus, II. Arzt, 3000 M. und freie Wohnung etc. 4) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und freie Station. 5) Saargemünd, Assistenzarzt, 1000 M. und freie Station. 6) Carlsfeld (Dr. Benno's Privatanstalt), Assistenzarzt. 7) Wildbad (Katharinenstift, Geh. Hofrath Dr. von Renz), Assistenzarzt.

Todesfall. Am 5. März starb zu Turin der Docent der Psychiatrie Dr. Gabr. Buccola. Er war Herausgeber der Rivista di filosofia scientifica und hatte sich durch zahlreiche bemerkenswerthe Arbeiten auf dem Gebiete der Experimentalpsychologie hervorgethan. Viele seiner Arbeiten sind in unserem Blatte referirt worden.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Mai 1885. Nro. 9.

INHALT.

I. Originalien. Zur Thomsen'schen Krankheit. Brief von Dr. Thomsen an Professor M. Bernhardt.

II. Referate und Kritiken. Varaglia: Ganglienzellen im N. facialis. Giacomini: Beitrag zur Kenntniss der Microcephalie. Bianchi, Montefusco u. Bifulco: Zur Lehre von der äusseren Kopftemperatur. Kirchhoff: Zur Localisation des Centrum ano-vesicale im menschlichen Rückenmark. Raymond und Artaud: Beitrag zum Studium der cerebralen Localisationen. Bechterew: Ueber zwei, in den Bestand des inneren Abschnittes des Strickkörpers eintretende Faserbündel und über die Endigung der zum Kleinhirn aufsteigenden Trigeminuswurzel. Bechterew: Ueber ein bisher noch nicht beschriebenes, in der oberen Etage des Hirnstammes verlaufendes Faserbündel. Thompson: Pseudohypertrophie der Muskeln. Reinhard: Ueber Muskelphaenomene. Blumenthal: Ein Fall von spastischer amyotrophischer Lateralsclerose. Payne: Cerebro-spinal Meningitis. Seibert: Multiple ödematöse Anschwellungen der Haut in Folge rheumatischer vasomotorischer Erkrankungen. Rockwell: Poliomyelitis Erwachsener. Leonard: Neurom der weiblichen Urethra. Reed: Reizung der Prostata. Kinnier: Geschichte des Myxödems nebst Erzählung eines Falles. Peckham: Aesthesiometrie. Boudet: Ueber die mechanische Schätzung der elektrischen, in der Medicin benutzter Ströme. Charcot: Hysterie. Harlan: Hysterische Augenerkrankungen. Walton: Fall hysterischer Hemianästhesie mit Krämpfen und motorischer Lähmung in Folge eines Falles. Blake und Walton: Symptome von Seiten des Gehörorgans bei der Hysterie und Einfluss der Hysterie auf Gehörerkrankungen. Root: Syphilitische Epilepsie. Mills: Bemerkungen zur Behandlung der Epilepsie. Römer: Traumatische Epilepsie, Trepanation. Anjel: Experimentelles zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthenie. Faulkner: Heilung des Asthma's. Eggleston: Atropin bei schwerem electrischen Schock. Smith: Ueber Migräne. Dana: Die Neuromechanismen des Ernährungstractus und die Wirkung der Arzneimittel auf dieselben. Wood: Hyoscyamine. Seine physiologische und therapeutiche Wirkung. Wood: Hyoscyam. hydrobromatum als Schlafmittel bei Geisteskranken. Hurd: Delirium tremens und seine Behandlung. Wright: Zur Unzurechnungsfähigkeit. Morselli: Semiotik der Geisteskrankheiten. Venturi und Canger: Injection von grossen Dosen Morphin bei Geisteskranken. Limoncello: Sauerstoffbehandlung. Cotard: Verlust des Vorstellungsvermögen bei Melancholie. Montyel: Hirngewicht bei Psychosen.

III. Aus den Vereinen. I. Clinical society of London. II. Sheffield medico-chirurgical Society.

IV. Tagesgeschichte. Aus Halle a. d. S. **V. Personalien.**

I. Originalien.

Zur Thomsen'schen Krankheit.

Brief von Dr. THOMSEN an Professor M. BERNHARDT.

Kappeln a. d. Schlei, 18. April 1885.

Sehr geehrter Herr College!

Für die freundliche Mittheilung Ihres Beitrages „zur Pathologie der sogenannten Thomsen'schen Krankheit" sage ich Ihnen meinen

verbindlichen Dank und gestatte mir, zur Vervollständigung des Krankheitsbildes, noch Einiges anzuführen.

Die von Ihnen so klar geschilderten Fälle stimmen, besonders der Erste, fast genau mit meinen Wahrnehmungen mit Ausnahme des Umstandes, dass bei den ihrigen das Leiden wahrscheinlich durch die fortgetetzten Familienverbindungen begünstigt worden ist. Solche fanden bei uns nicht statt, und doch kann ich dasselbe schon durch 5 Generationen, hie und da in seiner vollen Energie bestehend, verfolgen, wie es sich sowohl in weiblicher als in männlicher Linie fortpflanzt. Familienheirathen fanden auch in anderen mir bekannt gewordenen Fällen dieser Krankheit nicht statt, und verhält es sich hier wohl, rücksichtlich der Heredität, wie bei allerlei anderen Krankheiten die ihren Sitz in einem Theil einerlei welchen, des Nervensystemes haben. Dieses tritt besonders bei solchen Affectionen hervor, die sich durch ihre Absonderlichkeit oder Seltenheit auszeichnen und sich daher vorzugsweise in der Erinnerung der Familien wie des Publicums einprägen. Ich will als solche, wie sie mir eben einfallen, nur nennen epileptoide Formen, Hemeralopie, körperliche Bildungsfehler und so manche von der Norm abweichenden Charaktereigenthümlichkeiten. Ich kenne eine Familie in der seit vielen Generationen Mitglieder am Niesekrampf leiden und die daher ihren Namen hat; dieselbe soll ihren Stammbaum bis in die Zeit des dreissigjährigen Krieges verfolgen können.

Um nun wieder auf unser Leiden zurück zu kommen so ist zu bemerken, dass die auffallende Entwickelung aller willkürlichen Muskeln allen Belasteten gemeinsam ist; es sind indess nicht alle Muskelpartieen gleichmässig afficirt. So leiden bei uns die oberen Extremitäten am wenigsten, wenn sie auch nicht völlig frei sind. Mein ältester Sohn, 34 Jahre alt, Apothekenbesitzer, dessen Körper sonst ziemlich mager, hat eine so gewaltige Entwickelung der Muskeln, besonders an den Unterextremitäten, wie sie mir nie vorgekommen ist. Die einzelnen Muskeln zeichnen sich unter der dünnen Haut deutlich ab und tritt dieses besonders an den Knieen beinahe ängstlich hervor, wo die Haut über den Sehnengebilden den Knochen fast eng zu umschliessen scheint. Er besitzt dabei eine ungewöhnliche Kraft in allen Muskeln, selbst in denen der Kiefern, mit denen er schwere Gegenstände zu heben und zu tragen vermag. Da sein Beruf ihn von Jugend auf zur Uebung seiner Muskeln gezwungen, leidet er weniger als meine beiden anderen Söhne in der Behinderung der freien Bewegung. Sein ältester Sohn, $6^1/_2$ Jahre alt, scheint ganz frei zu sein, während sich bei seiner $4^1/_2$ Jahre alten Tochter bereits die Symptome verrathen. Ich erinnere mich deutlich, dass ich in demselben Alter bereits das Leiden gemerkt, namentlich an der *linken* Seite, auf der die Symptome auch jetzt noch am stärksten hervortreten. So war es auch bei einer verstorbenen Schwester, und mag diese Erscheinung ihren Grund darin haben, dass die Muskulatur linkerseits minder in Anspruch genommen wird; denn lange fortgesetzte Uebungen bewältigen, wenigstens theil-

weise, noch am Meisten das Uebel, wie Eine Ihrer Patienten richtig erwähnt, die auch äussert, dass sie sich im Bette, morgens nach dem Erwachen nicht steif fühle; so ist es auch bei uns. Ich glaube dass es die Bettwärme ist, die diese Wirkung hat; denn wenn der Körper recht warm ist und schwitzt, sind alle Glieder viel geschmeidiger.

Gemeinsam ferner ist allen Belasteten die Scheu ihr Leiden zu manifestiren. Und doch treten seine Symptome um so greller hervor, jemehr man sich beobachtet fühlt oder glaubt, namentlich wenn man meint, dass die Beobachtenden eine Ahnung davon besitzen. Kein Willensimpuls ist dann im Stande den Krampf zu brechen, im Gegentheil, obschon der Wille doch sonst bei manchen Krampfzuständen viel zu deren Ueberwindung vermag. Ich habe mitunter gedacht, dass das Leiden mit in das Gebiet der Psychosen gehöre, wenigstens daran grenze. Denn es ist ohne Zweifel dieselbe Ursache, die uns die Redegewandtheit raubt, wenn auch nicht Allen. Mir ist es unmöglich öffentlich, von vielen Augen beobachtet, leicht und fliessend zu reden; ich verspüre dann stets eine gewisse Angst, und versuche ich dann zu sprechen, so ist es oft, als ob mit Einem Male die Gedanken stille stehen bleiben, ebenso als wenn beim Gehen ein Hinderniss die Füsse hemmt worauf der Krampf eintritt und ich „steif wie ein Stock" hinfallen muss." Was diese Scheu sein Uebel zu verrathen angeht, so ist es in der That seltsam, was für Mannöver man, ich möchte sagen instinctiv, anwendet, um es zu verhehlen; denn diese sind alle gleich, bei denen die ich kenne. Gilt es eine Freitreppe empor zu steigen, dann suchen wir, ist es irgend thunlich, unbemerkt durch eine Hinterthür ins Haus zu gelangen; wenn wir fahren und an einer fremden Stelle vom Wagen steigen müssen, dann bewegen wir unbemerkt die Beine so stark als möglich, um geschmeidiger zu erscheinen, was auch etwas glückt. Diese Scheu, die Steifigkeit zu verrathen mag übrigens auch in dem Umstande mit ihren Grund haben, dass man bestrebt ist, durch das Verbergen der ungelenken, Anderen unverständlichen Bewegungen, dem Fluch der Lächerlichkeit zu entgehen. Sonst sind wir gesunde und kräftige Menschen, die ausser Infectionskrankheiten, keinen bestimmten Krankheiten unterworfen sind, namentlich ist Phthisis nicht bei uns zu Hause. Mir sieht, wenn ich mich eben nicht bewege, meine 70 Jahre Niemand an, und um die Schärfe aller Sinne mag mich die Jugend beneiden.

Entschuldigen Sie freundlich, wenn ich die Sache etwas reichlich breit getreten und Ihre Zeit und Geduld in Anspruch genommen. Ich sehe ja, dass sie viel mehr Aufsehen erregt, als ich erwartet. Es war allerdings meine Meinung, dass unser Leiden wissenschaftlich gewürdigt zu werden verdiene. Nur wer es zu tragen hat, versteht allein seine Last abzuschätzen; es wirft einen dunkeln Schatten ins ganze Leben und hindert uns das zu erreichen, wozu wir sonst fähig wären; es wirft auch einen schädlichen Reflex in die Psyche und alienirt den Charakter durch das von Jugend auf getriebene Verstecken. Niemand würdigt dieses mehr als ich. Schliesslich danke ich Ihnen, dass Sie

die Sache wieder angeregt und dazu beigetragen, dass sie richtig gewürdigt werden möge, wie sie es im bürgerlichen Leben verdient.

Mit ausgezeichneter Hochachtung

Dr. Thomsen.

II. Referate und Kritiken.

198) **S. Varaglia:** Cellule ganglionari nel nervo facciale. (Ganglienzellen im N. facialis. (Archivio di psychiatria. VI. fasc. 1. 2.)

Ganglienzellen im Verlauf peripherer Nerven sprechen (wenigstens in der Regel) gegen die rein motorische Natur dieses Nerven. Verf. ist daher auch geneigt den N. facialis für einen gemischten Nerven zu halten, nachdem er in dessen Verlauf (hauptsächlich im Can. Faloppii) zahlreiche Ganglienzellen von 25—70 μ Durchmesser, mit dunklem und gelbem Pigment in einer Endothelkapsel eingeschlossen fand.

Auch im N. intermedius Wrisbergii sowie im N. petrosus superficialis major und minor fanden sich ähnliche Zellen — letztere Nerven sind nie sensibel. Obersteiner (Wien).

---

199) **C. Giacomini:** Contributo allo studio della Microcefalia. (Beitrag zur Kenntniss der Microcephalie. (Arch. di psychiatria VI. fasc. 1. 2.)

Verf. hat an 4 Mikrocephalengehirnen Untersuchungen angestellt, deren Resultate dazu beitragen die atavistische Theorie der Mikrocephalie zu widerlegen.

Diese Untersuchungen bezogen sich erstens darauf, nachzuweisen, ob neben dem Grosshirn auch andere Theile des Centralnervensystems ein pathologisches Verhalten aufweisen, und zweitens auf das feinere mikroskopische Verhalten der einzelnen Theile des Centralorganes.

Die Dicke der Rindensubstanz im Verhältniss zu der weissen Substanz wurde in den untersuchten Gehirnen sehr verschieden gefunden; in einem Falle war die Markmasse unregelmässig, eher vermehrt, in einem anderen hochgradig vermindert. Mittelhirn, Hinterhirn und Nachhirn erwiesen sich als wesentlich verkleinert; namentlich erschienen die Bahnen des Hirnschenkelfusses verglichen mit den Haubenbahnen auffällig reducirt. Desgleichen konnte ein sehr bedeutendes Zurückbleiben des Rückenmarkes in der Entwicklung constatirt werden.

Einmal fand sich in beiden Hintersträngen je ein eigenthümlicher Herd innerhalb dessen die Axencylinder hypertrophisch erschienen, und zwischen den Nervenfasern eine durch Carmin lebhaft zu färbende Zwischensubstanz zu sehen war.

Der Bau der Grosshirnrinde war entweder normal oder zeigte gewisse Eigenthümlichkeiten auf deren Details hier nicht näher eingegangen werden kann. Obersteiner (Wien).

---

200) **L. Bianchi, A. Montefusco** und **Fr. Bifulco** (Neapel): Contributo alla dottrina della Temperatura cefalica. (Zur Lehre von der äusseren Kopftemperatur.) (La psychiatria. Anno II. fasc. 3. 4.)

Wiederholt ist der Versuch gemacht worden, aus der Temperatur der äusseren Tegumente des Kopfes einen Schluss zu ziehen, auf die Vorgänge im Inneren des Schädels; die betreffende Literatur wird vollständig mitgetheilt. Die von Broca gefundenen und von Anderen bestätigte Thatsache, dass über einer Gehirnembolie eine merkliche Abnahme der äusseren Temperatur zu constatiren sei, ist durch einzelne widersprechende Fälle in Frage gestellt worden. Bei Hämorrhagie und Tumor cerebri fanden die Verfasser eine Erhöhung der Schädeltemperatur.

Von besonderem Interesse erscheinen aber die Versuche welche die Verf. über das Verhalten der äusseren Kopftemperatur bei willkührlichen Bewegungen anstellen.

Wurde die Versuchsperson angehalten lebhafte, fortgesetzte Bewegungen mit einem Arm auszuführen, so konnte eine beträchtliche Zunahme der Kopftemperatur in der contralateralen Scheitelgegend beobachtet werden, welche sie geneigt sind als den Ausdruck einer gesteigerten Wärmeentwicklung in den functionirenden Hirntheilen anzusehen; gleichzeitig war aber auch ein Sinken der Temperatur in der Frontal- und Occipitalgegend zu constatiren, das einer functionellen Ruhe und damit verbundenen Verminderung von Wärmebildung (gewissermaassen compensatorisch) in den andern Hirntheilen entsprechen würde. — Weiterhin fanden sie, dass auch die Parietalgegend derselben Seite, auf welcher die Bewegungen ausgeführt wurden eine leichte Temperatursteigerung erkennen lässt; es treten demnach auch bei einseitigen Bewegungen, die motorischen Zonen beider Hemisphären gleichzeitig in Action, die der anderen Seite in erster Linie, die gleichseitige secundär.

An einem 6 jährigen Kinde konnten die geschilderten Erscheinungen nur in viel geringerer Ausprägung erzielt werden, hingegen waren sie bei an Dementia paralytica leidenden Kranken — trotzdem sie meist nur schwache und wenig constante Bewegungen machten — in der Regel beträchtlicher als bei Gesunden.

Es verdient auch eine Versuchsreihe Erwähnung, aus welcher hervorgeht, dass die Schwankungen der Achselhöhlentemperatur keineswegs gleichzeitigen Schwankungen der Schädeltemperatur parallel verlaufen.

Schliesslich bemühen sich die Verfasser die wichtige Frage zu entscheiden, ob denn etwaige Veränderungen der Temperatur des Gehirnes sich wirklich durch die Knochen des Schädels und dessen Integumente nach aussen übertragen können.

Aus den Resultaten ihrer an lebenden Hunden angestellten Versuche, glauben sie — ohne die Frage definitiv zu entscheiden, sich doch der Anschauung hinneigen zu müssen, dass eine derartige Uebertragung der Temperatur nach aussen stattfinde, und dass demnach die äussere Schädeltemperatur einen gewissen Schluss auf Wärmeentwicklung im Innern des Schädels gestatte. Obersteiner (Wien).

201) **Kirchhoff** (Schleswig): Zur Localisation des Centrum ano-vesicale im menschlichen Rückenmark. (Areh. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 3. 608.)

Ein bis dahin gesunder 30jähriger Landmann erlitt durch Sturz vom Pferde einen Bruch des ersten Lendenwirbels. Die sofort aufgetretene Lähmung der Beine verschwand im Laufe des nächsten Jahres, während eine anfängliche Unfähigkeit zu uriniren nach 3 Wochen in Incontinentia urinae überging, und die Unmöglichkeit den Stuhl zu halten sich herausstellte. Die Incontinenz und die hinzutretende Cystitis blieben mit Schwankungen im Verlauf bestehen. Tod nach $1^1/_2$ Jahren in Folge von Pyelonephritis. Es blieben also von der Compressionsmyelitis die Störungen der Blase und des Mastdarms constant. Bei der Section fand sich nach der sagittalen Durchsägung der Wirbelsäule der Körper des ersten Lendenwirbels zu einen Keil — Spitze vorn — mit kaum 2 Ctm. hoher Basis atrophirt und nach hinten aus seiner Lage gedrückt, sodass er das Rückenmark 3 Ctm. oberhalb des filum terminale comprimirt hatte. Die ganze Lendenanschwellung des Rückenmarkes war nur schwach angedeutet. Das letztere war (auch nach der mikroscop. Untersuchung) von der Höhe des 12. Brustwirbels an allgemein atrophisch, besonders der corn. medullaris, welcher auch äusserlich abgestumpft erschien. An der Atrophie der Axencylinder und der Ganglienzellen war besonders die rechte Seite betheiligt. Hier fehlte auch die weisse Substanz seitlich von der grauen fast völlig. Die auffallende Veränderung des Conus ging von der Mitte des ersten Lendenwirbels nach unten. Dieser Schwund in der Gegend des III. und IV. Sacralnerven macht der Verf. verantwortlich für die intra vitam vorhandenen Blasen- und Mastdarmstörungen. Er hält die weiter oben beobachtete allgemeine Atrophie für aufsteigende Degeneration. Die *Ein*seitigkeit des anatomischen Befundes kommt hier nicht in Betracht, da sich ja die klinischen Thatsachen nicht halbseitig zeigen konnten.

Langreuter (Eichberg).

---

202) **Raymond** und **Artaud:** Contribution à l'étude des localisations cérébrales: Trajet intracérébral de l'hypoglosse. (Beitrag zum Studium der cerebralen Localisationen: Intracerebraler Verlauf des Hypoglossus.) (Arch. de Neurol. 1884. vol. VII Nro. 20. S. 145. Nro. 21. S. 289.)

Verff. wollen auf Grund eigener Beobachtungen und der in der Literatur vorhandenen Casuistik die intracerebrale Topographie des Hypoglossus von der Rinde bis zur Medulla oblongata bestimmen. Sie theilen die Fälle in 4 Gruppen 1. Läsionen des Cortex (Glossoplegie corticale): 6 Fälle (Hitzig, Charcot und Ball, Verneuil, Dugont, Rosenthal, Barlow); 2. Läsionen des Centr. ovale: 12 Fälle, darunter einer von den Verff. (Magnus, Oulmont (2), Kirchhoff, Féré, Jolly, Ross (3), Eisenlohr); 3. Läsionen der Capsula interna und des Pedunculus: hier bringen Verff. keine specielle Casuistik, sondern benützten die Arbeiten über secundäre Degeneration von Charcot, Féré, u. s. w. 4. Läsionen der Brücke: 3 von den Verff. beobachtete Fälle. Das Resultat der Untersuchungen ist fol-

gendes: Das Rindencentrum des Hypoglossus ist in der unteren Partie des gyr. centr. ant. (frontal. ascend.); Läsionen an dieser Stelle bewirken corticale Glossoplegie, eine *articulatorische* Sprachstörung, während Läsion des gyr. front. III. *aphasische* Sprachstörung bewirken muss; ausser dem Centrum des Hypoglossus sind im Fuss des gr. präcentr. aber auch die Centren des Facialis*) und der motorischen Aeste des Trigeminus enthalten. Im Stabkranz verlaufen die Fasern des Hypoglossus in einem von der genannten Stelle der Rinde entspringenden Markfaserzug — faisceau frontal inférieur — der auch die genannten Facialisfasern und die motorischen Fasern des Trigeminus enthält — wohl zu unterscheiden (?) von dem unter dem gyr. front. III. entspringenden Markfaserzug, dessen Zerstörung Aphasie macht (faisceau de l'aphasie), während Zerstörung des faisceau front. inté. (durch Hämorrhagie oder Erweichung), eine paralysis glossolabialis macht, die sich natürlich von der bulbären (Duchenne'schen) Form durch das plötzliche Entstehen, das gleichzeitige Bestehen von Faciallähmung, durch etwaige Convulsionen, den nicht progressiven Charakter, das Fehlen der Atrophie und der EaR, Erhaltensein der Reflexe, Fehlen der Larynx-Symptome unterscheiden muss. Nach ihrem Verlaufe durch den Stabkranz passiren die Hypoglossusfasern die innere Kapsel im Niveau des Knies (faisceau geniculé) und ziehen zum Pedunculus, in dem das Bündel nach innen vom Pyramidenbündel zu liegen kommt; nach innen von dem faisceau geniculé (faisceau de l'hypoglosse) soll dann das faisceau de l'aphsie liegen, und nach innen von diesem wieder als innerste Partie des Fusses das „faisceau intellectuel", das heisst jener Faserzug, dessen Degeneration nach Zerstörung des vorderen Segments der inneren Kapsel beobachtet wird; in der Kapsel soll das faisceau de l'aphasie im vorderen Kapselsegment verlaufen. In der Brücke verlegen die Verfasser den Verlauf des Hypoglossus auf Grund dreier von ihnen beobachteten Fälle, deren Détail im Original nachgelesen werden möge, in die hintere innere Pyramidenbahn, von wo er nach stattgehabter Kreuzung zu den Bulbuskernen gelangt. Auch in der Brücke soll wieder das faisceau de l'aphasie getrennt verlaufen und für sich erkranken können, wie Verff. aus *einem* Fall erschliessen wollen. (Weber-Altdoerfer, Brit. med. Journ. 1877: Aphasie, l. Hemiplegie und Faciallähmung, bei der Section: Herd in der Mitte der r. Brückenhälfte.) Schoenthal (Berlin).

---

203) **W. Bechterew**: Ueber zwei, in den Bestand des inneren Abschnittes des Strickkörpers eintretende Faserbündel und über die Endigung der zum Kleinhirn aufsteigenden Trigeminuswurzel.

204) **W. Bechterew**: Ueber ein bisher noch nicht beschriebenes, in der obern Etage des Hirnstammes verlaufendes Faserbündel.

(Mitgetheilt in der Februarsitzung 1885 der psychiatrischen Gesellschaft in St. Petersburg.)

1) Auf Grund von Untersuchungen embryonaler Gehirne beschreibt B. zwei gesonderte Faserbündel, welche hinsichtlich ihrer Be-

*) resp. nur der Aeste, die den unt. Theil des Gesichts versorgen.

kleidung mit Marksubstanz zeitlich von einander differiren. Eins derselben umgiebt sich mit Myelin nicht vor dem 8. Monate des intrauterinen Lebens (bei ca. 38 Ctm. Körperlänge) geht von besonders hinter dem Deiters'schen Kern gelegenen Gruppe kleiner Ganglienzellen, theilweise zwischen den Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, theilweise über demselben fort und verliert sich zwischen Kugelkern und Pfropf. Dieses Bündel nimmt keinen Antheil an den, sich oberhalb des Dachkernes kreuzenden Fasern. Der andere Faserzug bekleidet sich bereits im 5.—6. Monate des fötalen Lebens (bei ca. 28 bis 30 Ctm. Körperlänge) mit Myelin, steigt unmittelbar vor dem ersten Bündel zum Kleinhirn empor, kreuzt sich über dem vorderen Kleinhirnschenkel verlaufend, oberhalb und zwischen den Dachkernen, und endigt hauptsächlich im contralateralen, aber auch im gleichseitigen Dachkern. B. findet, dass ein Theil der Fasern dieses zweiten Bündel nach aussen von dem ersten Bündel verlaufend, sich nach aussen von der aufsteigenden Trigeminuswurzel verbreitet und allem Anscheine nach in einem gewissen Verhältnisse zu den oberen Oliven (besonders der gleichseitigen) steht; ein anderer Theil der Fasern zieht vom Kleinhirn zur Basis des Deiters'schen Kernes herunter und verschwindet in dieser Gegend, ohne dass B. anzugeben vermag, wo er endet.

Die zum Kleinhirn abgehende Trigeminuswurzel geht nach B.'s Untersuchungen nicht in die Substanz des Kleinhirns über, sondern endigt in der Nähe des oberen Winkels der äusseren Wand des 4. Ventrikels in einer besondern Gruppe von grossen polygonalen Zellen.

2) B. fand an Gehirnen von Kindern aus den ersten extrauterinen Lebensmonaten ein grosses compactes Faserbündel, das im Niveau der unteren Oliven, nach aussen und dorsalwärts von ihnen beginnt und sich längs des ganzen Gehirnstammes fortzieht. Im Niveau des unteren Brückenabschnittes liegt dieses Bündel zwischen der Schleifenschicht und den oberen Oliven, rückt bei seinem Verlaufe nach oben mehr nach hinten und nimmt bereits im Niveau der mittleren Theile des Gehirns in den Fasern der Haube eine fast centrale Lage ein. Unter den Vierhügeln geht es zwischen den sich kreuzenden Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels hindurch und liegt dann gleich hinter der Kreuzung und dem Hinterlängsbündel; höher hinauf befinden sich die Fasern des beschriebenen Bündels nach innen vom rothen Kerne. Den ferneren Verlauf hat B. bis jetzt nocht nicht bestimmen können. Im Niveau des rothen Kernes traten Fasern von der hintern Commissur zu dem beschriebenen Bündel, doch ist zwischen diesem und der genannten Commissur kein Zusammenhang anzunehmen, weil die Fasern des centralen Theiles sich schon in einer recht frühen embryonalen Periode (etwa dem 6. Lebensmonate) mit Myelin umkleiden und an fötalen Gehirnen nicht unterhalb des rothen Kernes verfolgt werden können, während die Fasern des hier besprochenen Bündels nicht vor dem Ende des embryonalen Lebens ihre Myelinfülle erhalten.

Das untere Ende dieses, von B. *centrale Haubenbahn* genannten

Faserbündels geht unzweifelhaft in die untere Olive über und stellt somit das ganze Bündel eine Verbindung der unteren Oliven mit den höherliegenden Theilen des centralen Nervensystems dar.

Hinze (St. Petersburg.)

205) **S. Thompson:** Pseudo-Hypertrophic muscular paralysis. (The Detroit Lancet. März 1885. p. 393.)

Verf. will die Krankheit lieber Atonie oder Atrophie der Muskeln nennen, da von Paralyse nicht die Rede sei: das Nervensystem sei in jeder Beziehung gesund und die Muskelschwäche entsteht nur durch Druck der neugebildeten Gewebsmassen auf die Muskelsubstanz resp. durch Atrophie der letzteren. Die kurze Beschreibung der Symptome und der Behandlung etc. bietet Nichts besonderes.

Voigt (Oeynhausen).

206) **Reinhard** (Hamburg): Ueber Muskelphaenomene. (Arch. f. Psych. u. Nervkr. XV. 3. p. 681.)

Diesem von den Neuropathologen — mit Ausnahme von Westphal und Strümpell — noch wenig betretenem Gebiet gelten die Untersuchungen des Verfassers. Derselbe theilt die durch *mechanische Reizung* des Muskels (Klopfen mit dem Percussionshammer) hervorgerufenen Contractionen in *totale* und *lokale* (Zuckung und beschränkte Wulstung). Beide sind bei gesunden muskelkräftigen Personen hervorzurufen, doch bedarf es für die *lokale* Zuckung eines viel *stärkeren Reizes*. Als die geeignetsten Mittel zur Prüfung der Erscheinungen erwiesen sich dem Verfasser in Bezug auf die Leichtigkeit der Demonstration in absteigender Reihe folgende: Deldoideus, biceps brachii, supinator longus, die Extensoren des Unterarmes, die Adductoren des Oberschenkels, die Muskeln des Daumenballens, quadriceps femoris und tibialis posticus. Indem der Verf. das Verhalten der Muskelphänomene bei den verschiedenartigsten Nervenaffectionen centralen Ursprungs durchprüfte, kam er zu folgenden Ergebnissen:

1. Bei *sehr wenigen* Fällen von *central bedingten nicht atrophischen* Lähmungen war die mechanische Muskelerregbarkeit ganz normal.

2. Während die *lokale Contraction fast gar keine* Aenderung erlitt, zeigte sich die *totale* Contraction bei Zuständen mit *schlaffer Lähmung herabgesetzt*, während sie bei *Lähmungen* mit *Rigidität gesteigert* zu sein pflegte. Es war also eine auffallende Uebereinstimmung mit den Sehnenphänomenen vorhanden.

3. Bei *atrophischen Lähmungszuständen* betrafen die Veränderungen sowohl die *lokale wie die totale* Contraction. Im Beginn steigerte sich die totale, während die lokale normal blieb. Beim Fortschreiten sank die totale Erregbarkeit und nahm die lokale zu: bis in den höchsten Graden der Muskelatrophie, nachdem zunächst Trägheit im Entstehen und Verlauf eingetreten war, beide Formen von Erregbarkeit erloschen, und zwar zuletzt die lokale.

Im *Schlafe*, sowohl dem natürlichen als dem durch Narkotica erzeugten, blieb die Erregbarkeit quantitativ und qualitativ *unverän-*

dert. Eine Ausnahme macht die Chloroformnarkose, wo die totalen Contractionen stark abnehmen, während die lokalen sich steigern. Dasselbe ist der Fall bei moribunden Individuen.

Sehr interessant ist das Verhalten der Muskelphänomene an *Leichen.* Verf. fand, dass beide Contractionsformen um so länger bestehen blieben, je plötzlicher das Individuum gestorben war. Die *totalen* Contractionen auf mechanische Reize überdauerten den Moment des Ablebens in maximo um *40—60 Minuten* die *lokalen* sogar um *5—6 Stunden.* Diese Thatsachen haben, wo es sich darum handelt die Zeit des Todes festzustellen, forensische Bedeutung; ferner kann das Aufhören der mechanischen Muskelerregbarkeit als ein neues sicheres Todeszeichen verwerthet werden.

Betreffs des *Wesens* der geschilderten Muskelphänomene glaubt der Verf., dass es sich bei der totalen Contraction um einen reflectorischen Vorgang handelt, während bei der lokalen die contractile Substanz der Muskeln direct gereizt werden soll.

Langreuter (Eichberg).

---

207) **Hugo Blumenthal** (Dorpat): Ein Fall von spastischer amyotrophischer Bulbärparalyse complicirt mit amyotrophischer Lateralsclerose. (Inaug. Dissert. Dorpat 1884.)

Ein 12 jähr. Bauernmädchen erkrankt angeblich in Folge eines Schrecks an einer stetig und schnell zunehmenden Sprach- und Schlingstörung sowie Parese der unteren Gesichtsmuskeln. Bald folgte auch eine ebenfalls rasch fortschreitende Schwäche der oberen, dann der untereren Extremitäten. Gleich Anfangs soll bedeutende Rigidität der befallenen Muskeln bestanden haben. Bei der Aufnahme, ca. 3 Monate nach der Erkrankung, zeigt sich die Rigidität sehr ausgeprägt, auch im Gebiete der befallenen Bulbärnerven. Passive Bewegungen erfahren bedeutenden Widerstand; es besteht characterischer spastischer Gang. Während des Schlafs schwinden sämmtliche Muskelspannungen. Die Armmuskeln zeigten mässige Abmagerung, Zunge und die etwas atrophischen Lippen permanente fibrilläre Zuckungen.

Der Befund 7—8 Monate später ergab neben wesentlicher Zunahme der Lähmungssymptome eine auffallende Atrophie der Muskeln an den Oberextremitäten und am Thorax. Die Rigidität besteht noch in sehr hohem Maasse und ist auch über Bauch- und Rückenmuskeln verbreitet, hat an dem Halse theilweise einer atonischen Lähmung Platz gemacht. Der Gang ist äusserst erschwert, indem die Füsse in spastischer Spitzfussstellung verharren. Dabei ruckweise Stösse, die fast anhaltend bald in diesem, bald in jenem Muskel, besonders der linken Seite, sich zeigen. Patellarsehnenreflexe erscheinen, nachdem zuvor durch passive Bewegungen Erschlaffung erzielt worden, sehr erhöht. Die electrische Untersuchung ergab Herabsetzung der directen galvanischen Erregbarkeit in mehreren Muskelgebieten (Mund- und Kinn-, Deltoidei, Extensoren und Flexoren des Vorderarms) und A. S. Z. = K. S. Z. Im Schlaf lässt die Starre im Gesicht und Nacken nach, während sie in den Extremitäten fortbesteht.

Während des ganzen Verlaufs sind weder Blasen- und Mastdarmsymptome noch Sensibilitätsstörungen beobachtet worden.

Es handelt sich demnach um einen Fall von progressiver bulbärer Amyotrophie mit ungewöhnlich stark hervortretenden spastischen Erscheinungen, so dass allerdings wenig Aehnlichkeit mit dem typischen Bilde weder einer progressiven Bulbärparalyse noch einer amyotrophischen Lateralsclerose besteht. Dehn (Hamburg).

208) **Alban S. Payne** (Markham, Va.): Cerebro-spinal Meningitis. (The Therapeutic Gazette. Detroit 15. October 1884. p. 433.)

Nach Verf. hat die epidemische Cerebrospinalmeningitis grosse Neigung chronisch zu werden und dann Symptome zu setzen, die uns, zumal wenn sie das psychische Gebiet betreffen (Kleptomanie, Puerperalmanie, gewisse Formen von Hysterie etc.) um so unerklärlicher erscheinen, je mehr andere auf Meningitis deutende Symptome fehlen. Er sucht dies durch Anführung einer Reihe von Fällen zu beweisen, in denen er zugleich den Nutzen von Crotonöleinreibungen auf die Wirbelsäule (überhaupt Ableitungsmittel auf alle möglichen Hautstellen) darthut. Voigt (Oeynhausen).

209) **A. Seibert** (New-York): Multiple oedematous swellings of the skin due to rheumatic vasomotor affections. (Multiple ödematöse Anschwellungen der Haut in Folge rheumatischer vasomotorischer Erkrankungen.) (The medic. Rec. 10. Januar 1885.)

Ein 40 jähriger Mann bekam unmittelbar nach einem hohen Sprunge Oedem der Vorhaut, zu welchem sich 10 Tage später Oedem der rechten Rücken- und Bauchseite incl. Hodensack und des rechten Beines, nach etwa 14 Tagen des linken Beines und der linken Bauchseite, endlich auch der rechten Gesichtshälfte gesellte. Dabei befand sich Pat. vollkommen wohl, doch bestand Pulsbeschleunigung (96); im Uebrigen erschienen alle Organe gesund. Am Ende der 5. Woche wurde wegen anscheinend beginnender Arthritis rheumatic. salicylsaures Natron gegeben und sofort fingen die Oedeme, die bis dahin allen Mitteln getrotzt, an zu verschwinden. Definitive Heilung nach 6 Tagen. Verf. bespricht die möglichen diagnostischen Irrthümer in diesem und ihm ähnlichen Fällen, führt eine Reihe der über Angioneurosen erschienenen Arbeiten an und schliesst dann, dass es sich in seinem Falle nur gehandelt haben könne entweder um gewisse (rheumatische?) in oder nahe der Medulla sitzende Veränderungen, welche partielle Vagusparese und Tonusverminderung des den Contractionen der Hautarterien vorstehenden Centrums setzen — oder dass eine rheumatische Affection gewisser Theile des Sympathicus vorhanden war, von welcher aus eine Lähmung der betreffenden Vasomotoren entstand.

Voigt (Oeynhausen).

210) **D. Rockwell** (New-York): Poliomyelitis anterior in the adult. (Poliomyelitis Erwachsener.) (The medic. Record. 21. Febr. 1885.)

In R.'s. Falle entstand binnen 8 Tagen so vollkommene mit Atrophie einhergehende Paralyse, dass Patient weder Finger noch Zehen mehr

bewegen konnte; die electromusculäre Erregbarkeit war für beide Stromarten eine Zeit lang verloren; als sie für den galvanischen Strom wiederkehrte, war zuerst An Sz > Ka Sz. Nach Verf. soll man die subacuten und chronischen Formen der Poliomyelitis sofort, die acuten unmittelbar nach Ablauf der acuten Symptome mit dem galvanischen Strom behandeln: der vorstehende Fall heilte durch denselben innerhalb zweier Monate. Voigt (Oeynhansen).

211) **Henry Leonard** (Detroit): Neuromata of the female methra. (Detroit Lancet. Decbr. 1885.)

Verf. erzählt ausführlich einen Fall von Carunkel-Bildung in der Urethra einer Frau und setzt dann auseinander, dass derartige aus granulärem Gewebe bestehende Neubildungen, da sie gewöhnlich die heftigsten Schmerzen machen, zu den Neuromen zu rechnen seien, zumal Reed eine reichliche Vertheilung von Nervenfäden in denselben entdeckt habe. Zur Entfernung derselben empfiehlt er die galvanocaustische Schlinge, verlangt aber, dass die ganze, mit einem Stiele oft tief innerhalb der Harnröhre, ja selbst am Blasenhalse sitzende Geschwulst entfernt werde. Voigt (Oeynhausen).

212) **Harvey Reed** (Mansfield, O.): Irritation of the Prostate. (Reizung der Prostata.) (The Detroit Lancet. Septbr. 1884. p. 102.)

Reizung der Prostata kann ausser in Congestions- und Entzündungs-Zuständen auch in Hyperästhesie der sie durchsetzende Nervenfäden bestehen. Die Ursachen liegen gewöhnlich in Masturbation, sexuellen Excessen, allgemeiner Nervosität u. s. w. Die hervorragendsten Symptome der Hyperästhesie sind häufige nächtliche Pollutionen, unwiderstehliches Verlangen nach geschlechtlichen Genüssen (daher oft Masturb.), Impotenz (die übrigens bei allen „Reizungsarten“ der Prostata häufig ist). Die Behandlung muss eine diätische und causale sein; zugleich empfehlen sich Bromide und am besten „Application von Carbolsäure vermittelst des Aeztmittelträgers längs des Prostatatheils der Urethra.“ Voigt (Oeynhausen).

213) **F. Kinnier** (Randolph, Mass.): The history of myxoedema, with the report of a case. (Geschichte des Myxödems nebst Erzählung eines Falles.) (The medic. Record. 24. Januar 1885.)

Die Frage nach dem Ursprunge des Myxödems, auf welches zuerst 1873 Sir William Gull die Aufmerksamkeit der Aerzte richtete ist noch heute nicht entschieden. Jedenfalls scheint es aber nach den in den letzten Jahren von Kocher nnd Reverdin gemachten Beobachtungen mit den Functionen der glandula thyreoid. in innigstem Zusammenhange zu stehen, da es nach totalen Kropfexstirpationen nicht selten in die Erscheinung tritt. Verf. gibt ausser kurzen Geschichten eine gedrungene Characteristik der Erkrankung und erzählt des Weiteren einen betreffenden Fall.

Voigt (Oeynhausen).

214) **Grace Peckham** (New-York): Aesthesiometrie. (The medic. Rec. 26. Feb. 1885.)

Es wurden die verschiedenen zur Prüfung der Hautsensiblität angewandten Instrumente sowie die beiläufig genügend bekannten Massregeln kurz besprochen, die man treffen muss, um bei der Prüfung des Ortssinnes mit dem Aesthesiometer richtige Resultate zu gewinnen. Der vom Verf. angewandte ist nach dem Sieveking'schen Principe gemacht; seine Spitzen sind mit hervorschiebbaren, im Uebriegen verborgenen Nadeln versehen, an Spiralfedern mit obligater Scale (zur Messung des Drucksinnes) befestigt und tragen Schrauben, um vermittelst derselben electrische Leitungsdrähte einfügen zu können.

Voigt (Oeynhausen).

---

215) **Boudet**: Ueber die mechanische Schätzung der elektrischen, in der Medicin benutzter Ströme. (Bullet. de la société internationale des electriciens. Paris 1885 Janvier.)

Verf. meint, dass alle Aerzte, welche sich bis jetzt mit der Anwendung der Elektricität in der Medicin beschäftigt haben, noch nicht über den materiellen Werth des von ihnen benutzten Agens klar geworden sind und hat desshalb Tabellen construirt, welche diesen Werth für verschiedene Elektrisationsmethoden darstellen sollen. Die *physiologischen* Wirkungen des Stromes setzen sich aus den physischen, chemischen und mechanischen Wirkungen desselben zusammen und muss man diese drei kennen, um erstere gehörig würdigen zu können; in diesem Aufsatze berücksichtigt er nur den mechanischen Werth der angewandten Elektricität; auf die physiologische und therapeutische Leistung wird er in einem anderen Aufsatz näher eingehen.

Zur Schätzung des *constanten galvanischen Stromes* muss man sich folgende Thatsachen ins Gedächtniss zurückrufen. Durchfliesst ein constanter galvanischer Strom einen Theil des Körpers, so giebt uns der Galvanometer die *Intensität*, d. h. die Menge der Elektricität, welche in einer Zeiteinheit, 1 Secunde den Körper durchströmt, an. Multiplicirt man diese Zahl mit der Zahl der Secunden, welche die Application gedauert hat, so hat man die *totale Quantität* (Coulomb). Welche andere Form von Energie nimmt nun diese, in den Körper geschickte Electricitätsmenge an und wie gross ist in einem gegebenen Falle die neugebildete Kraft? Ein Beispiel wird die hier in Frage kommenden Verhältnisse am besten illustriren.

30 Daniells, welche in einem Körpertheile circuliren, geben am Galvanometer 20 Milliampères, nach 10 Minuten oder 600 Secunden hat die Batterie folglich $0{,}02 + 600 = 12$ Coulombs geliefert. Diese 12 Coulombs können nun ganz beträchtliche Mengen chemischer, wärmebildender und mechanischer Energie liefern. In dem gegebenen Beispiele ist der Körper einer Kraft ausgesetzt worden, welche 1 Mgr. Wasser zersetzen, d. h. am Voltameter 2 Cc. gemischten Sauerstoff und Wasserstoff geben kann; dieselbe Kraft repräsentirt ausserdem noch eine wärmebildende Energie von 86,5 Caloriengrammen und eine totale mechanische von 36 Kgm. Da nun diese, sonst so einfache

Rechnung durch häufige Wiederholung langweilig wird, so hat Verf. 2 Tabellen zusammengestellt. In der ersten werden die *chemischen Wirkungen* eines constanten Stromes gezeigt, dessen Intensität zwischen 1—20 Milliampères schwankt; letztere Grösse wird bei der gewöhnlichen Elektrisation selten überschritten. Die Dauer der Application ist auf 10 Minuten bestimmt, was die gewöhnliche Dauer der Sitzungen darstellt.

Die zweite Tabelle ist wichtiger und zeigt die Menge der mechanischen Energie an, welche durch einen von einer bestimmten Menge Gaiffe'scher Elemente gelieferten Strom von einer bestimmten Intensität entwickelt wird.

(Die Tabellen müssen im Original eingesehen werden.)

In Betreff des inducirten Stromes betont Verf. die Schwierigkeit, Messungen, wie beim galvanischen Strome zu machen, da die Rollen verschieden gross und mit verschieden dicken Drähten umsponnen sind. Er zieht desshalb den unterbrochenen galvanischen Strom (courant galvanique instantané), welcher im Gegensatz zu dem unterbrochenen inducirten Strom eine schwache Spannung bei genügender elektromotorischer Kraft hat und bringt Muskeln zu Contractionen, welche auf die stärksten inducirten Ströme nicht mehr reagiren, dabei werden die sensiblen Nerven nicht so stark angegriffen. Der grösste Vortheil ist aber der, dass der galvanische Choc gemessen werden kann. Die Formel dazu ist dieselbe wie zum Messen des constanten Stromes, der einzige Unterschied bezieht sich auf den Werth der Zeit t, welcher nach zahlreichen Untersuchungen auf 0,002, d. h. auf $^1/_{500}$ Secunde fixirt werden kann. Andererseits sind die in der Physiologie und der Medicin angewandten mechanischen Kräfte so kleine Quantitäten, dass man sie, um die Rechnungen zu vereinfachen, nach Theilen des Kilogrammeters schätzen kann; die von Boudet angenommene Einheit ist der Milligrammeter.

Die Formel für die mechanische Energie der galvanischen Schläge ist

$$W = \frac{JE \times 0{,}002}{0{,}00000981}$$

Die Intensität J wird durch das Galvanometer, die elektromotorische Kraft durch die Zahl der thätigen Elemente gegeben.

Tabelle III giebt den Werth der galvanischen Schläge, welche durch eine Gaiffe'sche Batterie von 30 Elementen gegeben wird. Soll die Erregbarkeit eines Muskels geprüft werden, so werden allmälig 2, 4, 6 . . . . . Elemente in Thätigkeit gesetzt und für jede neue Gruppe von Elementen der Strom auf dem Muskel geschlossen. Beim Erscheinen der Zuckung wird die Zahl der Elemente abgelesen, dann ohne die Anordnung der Apparate und der Rheophoren zu ändern, der Strom einige Secunden lang fliessen gelassen und am Galvanometer die Intensität abgelesen; auf der Tabelle findet man dann den mechanischen Ausdruck für den galvanischen Schlag auf dem Punkte, in welchem sich die horizontale Linie der Elementenzahl und die verticale der Intensität schneiden, und erhält durch eine einfache Ab-

lesung das Minimum der mechanischen Kraft, welche zur Erregung des Muskels nothwendig ist.

Ich übergehe hier die Betrachtungen Boudet's über die von ihm in die Elektrotherapie eingeführte Reizung mit dem Condensator, über welchen nächstens ein ausführlicheres Referat erscheinen wird.

Hinze (St. Petersburg).

---

216) **Charcot:** De l'isolement dans le traitement de l'hysterie. Leçon recueillie par Gilles de la Fourette, interne des hopitaux.

(Le Progrès méd. Nro. 9. 1885.)

C. kommt noch einmal auf die 3 an Hysterie erkrankten Geschwister zurück (Vergl. d. Centralbl. Nro. 6. pag. 139), welche inzwischen, nach kaum sechswöchentlicher Behandlung in der Salpetrière, geheilt resp. erheblich gebessert worden sind. Diesen therapeutischen Erfolg glaubt er hauptsächlich dadurch errungen zu haben, dass er die Kinder von dem Orte ihrer Erkrankung und den bereits nervös gewordenen Eltern entfernte und ausserdem auch noch die Kinder von einander separirt hielt. Bei dieser Gelegenheit führt C. einen hierher gehörigen, sehr instructiven Fall an. Derselbe betrifft ein 13—14 jähriges, hysterisches Mädchen aus der Provinz, das seit 6 Monaten sich gegen jede Nahrungsaufnahme hartnäckig sträubte, obgleich nicht die geringste Störung im Bereiche der Verdauungsorgane vorlag. Die ängstlich besorgten Eltern konnten sich nicht sogleich dazu entschliessen Charcot's Rath zu befolgen und die Tochter von sich zu geben. Erst sechs Wochen später sah C. die Kranke mit den Eltern in einer Kaltwasserheilanstalt in Paris. Dieselbe befand sich in einem beklagenswerthen Zustand, im höchsten Grade des Marasmus. Sie lag sklettartig abgemagert mit kalten Extremitäten und fast erloschener Stimme da. Nun erst gelang es seiner Ueberredungsgabe, die Eltern zu einer, wenn auch nur scheinbaren Trennung zu bewegen (Sie durften in Paris bleiben ohne dass die Tochter es wusste). Die Isolirung hatte ein erstaunlich günstiges Resultat zur Folge. Schon einige Stunden nach der Trennung nahm die Kranke, wenn auch mit Widerstreben, ein halbes, in Wein getauchtes Bisquit zu sich. An den folgenden Tagen gelang es, ihr Milch, Wein, Bouillon etc. beizubringen. Zwei Monate nach Beginn dieser Behandlungsweise konnte die Kranke als fast völlig geheilt betrachtet werden. Auf Befragen gestand sie nun auch, dass sie so lange sie an der Seite der Eltern gewesen, sich nicht für krank gehalten und es unterlassen habe zu essen, weil ihr alle Speisen zuwider gewesen seien. Als sie sich aber in der Gewalt von Anderen gesehen, habe sie Furcht bekommen und trotz ihrer grossen Abneigung, versucht, Nahrung zu sich zu nehmen.

Rabow (Berlin).

---

217) **C. Harlan** (Philadelphia): Hysterical affections of the eye. (Hysterische Augenerkrankungen.) (Vortrag vor der Philadelph. Neurologic. Society vom 26. Januar 1885.) (The Therapeutic Gazette vom 16. Februar 1885. p. 102.)

Als häufigere hysterische Affectionen des Auges wurde beobachtet

und vom Verf. besprochen Blephorospasmus, Parese des Lidhebers (nur beim Erwachen!), anfallsweise auftretende spasmodische Contractionen einzelner Augenmuskeln (seltener, doch kommt sogar einseitige hysterische Mydriasis und gleichzeitige Accommodationsparese vor), Anästhesie der Netzhaut, simulirte Blindheit (meist auf 1 Auge). Letztere scheint nicht immer auf absichtlichen Täuschungen zu beruhen, sondern „auf unbekannten andern Vorgängen, vielleicht auf irgend welchen mysteriösen Störungen in den Perceptionsprocessen".

Voigt (Oeynhausen).

---

218) **L. Walton** (Boston): Case of hysterical hemianästhesia, convulsions and motor paralysis, brought on by a fall. (Fall hysterischer Hemianästhesie mit Krämpfen und motorischer Lähmung in Folge eines Falles.) (Sepr-Abdr. aus dem Boston Medic. and surgic. Journ. 11. Decbr. 1884.)

Der Fall bietet Nichts Besonderes: die Ueberschrift sagt Alles.

Voigt (Oeynhausen).

---

219) **J. Blake** und **L. Walton** (Boston): Aural symptoms occurring in hysteria and the hysterical element in aural disease. (Symptome von Seiten des Gehörorgans bei der Hysterie und Einfluss der Hysterie auf Gehörerkrankungen.) (Separatabdruck aus den Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Septbr. 1884. Nro. 4.)

Verf. sagen, dass man bei Nervenkrankheiten bisher zu wenig Gewicht auf Untersuchung des Gehörorgans gelegt habe, und doch komme es nicht selten vor, dass Erkrankungen desselben Hand in Hand gingen mit Erkrankungen des Centralnervensystems. So geschehe es namentlich bei der Hysterie nicht selten, dass die subjectiven Symptome eines bestehenden Gehörleidens zu einer anscheinend gefahrdrohenden Höhe hinaufgeschraubt würden (Verf. führen ausführlich einen betreffenden Fall an), und ebenso komme es vor, dass eine Erkrankung des Gehörorgan's Schuld sei an dem Ausbruche einer Erkrankung des Centralnervensystems, die mit Besserung des Gehörleidens schwinde (Fall acuter Hysterie nach eitriger Mittelohrentzündung).

Voigt (Oeynhausen).

---

220) **S. P. Root** (Monroe, Mich.): Epilepsy and hemiplegia of syphilitic origin. (The Detroit Lancet. Febr. 1885. p. 344.)

Die syphilitische Epilepsie gleicht zwar in manchen Fällen genau der aus anderen Ursachen hervorgehenden, doch finden sich in der Mehrzahl der Fälle gewisse Unterscheidungssymptome. So treten gewöhnlich die Attacken der syphilitischen Epilepsie weit unregelmässiger auf und meist zwischen dem 20. u. 35. Lebensjahre, bestehen gewöhnlich aus vielen schnell auf einander folgenden Anfällen, lassen selten Schlaf zurück, gehen nicht mit dem „epileptischen Schrei", sehr oft dagegen mit Lähmungen in gewissen Nervenbezirken, vor Allen auch mit heftigen langdauernden Kopfschmerzen einher.

Die syphilitische Hemiplegie entsteht gewöhnlich vor dem 45. Lebensjahre, tritt entweder ohne Vorboten oder mit heftigem Kopf-

schmerz ein und wird (ebenso wie die etwa bestehende Aphasie) durch specifische Curen verhältnissmässig schnell besser. Jodkali, farad. Strom, Strychnin in grossen Dosen sind sehr wirksam, wie ein vom Verf. ausführlich erzählter Fall beweist.

Voigt (Oeynhausen).

---

221) **K. Mills**: Notes on the treatment of epilepsy. (Bemerkungen zur Behandlung der Epilepsie.) (Vortrag vor der Philadelph. neurolog. Society.) (The therapeutic Gazette vom 16. Febr. 1885. p. 112.)

Verf. rühmt ausser causaler Behandlung (Ausschneiden von Nerven, Neuromen etc.) als bestes Mittel eine Mischung verschiedener Brompräparate mit andern Mitteln, vor Allem folgendes Recept: Bromkali, Bromnatr. Solut. ars. Fowleri und Extract. fluid. conii in passender Dosis. Bei Complication mit Herzfehlern empfiehlt sich Zusatz von Tr. Digitalis zu den Brommitteln. Camphora monobrom. hat vor anderen Brommitteln keinen Vortheil. Acid. hydrobrom. nützt nur in grossen Dosen, greift aber manchmal den Magen an. Borax, Jodkal., Chloralhydrat, Belladonna, nützen nach Verf. Nichts.

Voigt (Oeynhausen).

---

222) **B. Römer** (St. Louis): Report of two cases of epilepsy consequent upon gunshot wound of the skull, trepanning and some remarks on the nature of the flight, especially of conical balls. (Bericht über 2 Fälle von Epilepsie nach Schussverletzung des Schädels; Trepanation und einige Bemerkungen über die Natur der Flugbahn, namentlich konischer Geschosse. (St. Louis medic. and surgic. Journal. November 1884. p. 399.)

Im ersten Falle hatte die Kugel den im Winkel zwischen Sutur. sagitt. und coron. liegende Theil des rechten Seitenbein's getroffen. Die epilept. Anfälle hörten auf, nachdem ungefähr 1 Jahr nach der Verwundung ein unter jener Stelle liegendes rundliches Blutextravasat durch eine Trepanöffnung entfernt war. Im 2. Falle war ein Theil der Mitte des rechten Seitenwandbein's durch die Kugel weggerissen, ein Theil des Knochens eingedrückt; in Folge dessen entstand nach der Vernarbung Epilepsie, die nach Beseitigung der Knochendepression etc. (von zwei Trepanöffnungen aus) nicht wiederkehrte ausser einmal am 5. Tage nach der Operation, weil der Kranke, wie Verf. meint, sich im Schlafe auf die trepanirte Seite gelegt hatte.

Voigt (Oeynhausen).

---

223) **Anjel** (Zuckmantel): Experimentelles zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthenie. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 3. p. 618.)

Der Verf. wandte bei einer Reihe von Neurasthenischen den Mosso'schen Pletysmographen an. Das Prinzip des letztern ist, dass der Vorderarm der Versuchsperson in einem mit lauem Wasser gefüllten Glascylinder steckt. Die Schwankungen des Blutsgehalts und damit des Volumens des Armes theilen sich der umgebenden Flüssigkeit mit und werden manometrisch angezeigt. Beim gesunden

Menschen tritt nur bei den kleinsten Verstandsoperationen, bei Gemüthsbewegungen und jedem Sensibilitätseindruck eine Verminderung des Armvolumens ein, nach Versuchen von Mosso in Folge von activer Erregung der Vasodilatoren des Gehirns. Wider Erwarten trat eine Volumensveränderung des Armes bei *Neurasthenischen nicht* ein, welcher geistigen Beschäftigung sie auch immer unterzogen wurden. Verf. glaubt nun, dass die Reizbarkeit dieser Kranken so gross ist, dass sie schon, bevor das Experiment beginnt, in grosser Aufregung sind: *Die Hirngefässerweiterung ist bereits bei einer Höhe angelangt, welche eine Steigerung nicht zulässt.* — Dagegen ergab sich, dass bei künstlich erhöhtem Tonus der Gefässe, wenn solcher nach Aufnahme von Excitantien oder nach guten Mahlzeiten eintritt, die Volumsabnahme des Versuchsarmes auf Gehirnreize sich prompt einstellte. Verf. glaubt, dass Fälle, wo auch solche Tonica unwirksam bleiben, nicht nur als sogenannte functionelle Störungen und darum als prognostisch ungünstiger angesehen werden müssen.

Die im weiteren Verlaufe der Arbeit vorkommenden therapeutischen Vorschläge bei Neurasthenie enthalten hauptsächlich diätetische Maassnahmen. Von den gebräuchlichen Arzneimitteln (Nervina) wird abgerathen. Der Verf. empfiehlt hauptsächlich absolute geistige Ruhe und gute Ernährung, welch' letztere er am ehesten durch *häufige* (5—6 mal täglich) Fleischmahlzeiten herbeiführen will. Die nothwendige *lange Schlafdauer* glaubt er am besten durch Gestattung von *öfteren*, wenn auch kürzere Schlafzeiten erreichen zu können. Eine etwaige gleichzeitige Wassercur soll möglichst milde sein.

Langreuter (Eichberg).

---

224) **Richard B. Faulkner** (Pittsburg, Pa.): The cure of asthma. (Heilung des Asthma's). (The medic. Record vom 24. Januar 1885.)

Verf. versteht unter Asthma einen paroxysmusartig auftretetenden Bronchialkrampf, der von Hyperämie, Athemnoth, und Röcheln bei In- und Exspiration begleitet ist und immer mit functionellen Störungen des n. vagus oder organischen Erkrankung desselben einhergeht. Verf. empfiehlt deshalb als die Paroxysismen fast immer abkürzendes und milderndes Mittel ein Bestreichen der über dem Halstheile des n. vagus gelegenen Haut mit (Churchill's) Jodtinctur. Um die Krankheit überhaupt zu heilen, ist vor Allem nöthig Sorge für energische Hautthätigkeit und reine trockene Luft.

Voigt (Oeynhausen).

---

225) **Wm. G. Eggleston** (Philadelphia, Pa.): Atropia in severe electric. shock. (Atropin bei schwerem electrischen Schock.) (The medic. Record 31. Januar 1885.)

Als Hauptsymptome des Schocks durch Blitz oder Entladung starker electrischer Batterien nennt Verf. kurze Zeit darnach auftretende plötzliche Bewusstlosigkeit, langsam, schwere, keuchende Respiration, langsamen, schwachen, unregelmässigen Puls, dilatirte, nicht reagirende Pupillen (obgleich auch contrahirte und reagirende vorkom-

men), häufig auch allgemeine Convulsionen. Es sei deshalb Atropin zu geben, dessen Nutzen Verf. in mehreren näher beschriebenen Fällen erfahren; dasselbe vermehrt die Zahl und Kraft der Herzschläge, die Tiefe der Athembewegungen. Voigt (Oeynhausen).

---

226) **Curtis Smith** (Aurora, Ind.): A Talk about Sick headache. (Ueber Migräne.) (The Detroit Lancet. Febr. 1885. p. 339.)

Verf. sagt, dass in jedem Falle von Migräne die eigentliche Ursache aufzusuchen sei, da man sonst Nichts gegen sie ausrichte; auch sei es namentlich wichtig, gewisse die Migräne anzeigende Symptome (Gereiztheit, Heishunger, besondere abnorme Empfindungen etc.) zu berüksichtigen und sofort zu bekämpfen. Dazu gibt Verf. einige Receptformeln (Mischung aus 5—6 verschiedenen Arzneimitteln), gesteht aber zu, dass es in jedem einzelnen Falle dem Scharfblicke des Arztes überlassen bleiben müsse, das richtige Mittel und die richtige Dosis zu finden. Voigt (Oeynhausen).

---

227) **L. Dana** (New-York): The neuro-mechanisms of the alimentary tract and the action of drugs upon them. (Die Neuromechanismen des Ernährungstractes und die Wirkung von Arzneimittel auf dieselben.) (The Therapeut. Gazette. Detroit, 15. October 1884. p. 449.)

Nachdem Verf., zum Theil mit Hilfe schematischer Zeichnungen, eine kurze Uebersicht über diejenigen Nerven und Nervenverbindungen gegeben hat, die in Folge allgemein bekannter physiologischer Thatsachen und Experimente der Bewegung in der Secretion des Magens und der Därme vorstehen, führt er gruppenweise diejenigen Arzneimittel auf, die durch Einwirkung auf gewisse Magen- und Darmnerven die einzelnen Vorgänge des Verdauungsactes in beförderender oder hemmender Weise beeinflussen. Voigt (Oeynhausen).

---

228) **C. Wood**: Hyoscine. Its physiological and therapeutic actives. (Hyoscyamine. Seine physiologische und therapeutische Wirkung.) (The therapeutic Gazette vom 15. Januar 1885.)

Verf. theilt verschiedene seiner Versuche mit Hyoscyamin mit, aus denen hervorgeht, dass dasselbe bei Säugethieren hauptsächlich ein die Erregbarkeit der Medulla herabsetzendes Mittel ist. Es verursacht Tod durch Asphyxie (Einwirkung auf das centr. respirator.), hat geringen Einfluss auf die Circulation und Herzaction, lähmt nicht den vagus, wohl aber (in grossen Dosen) das vasomotorische Nervensystem. Sein Einfluss auf den menschlichen Organismus besteht darin, dass es als schwaches Sedativum auf die Circulation, als etwas stärkeres auf die spinalen und respirator. Nervencentren, als starkes Hypnoticum auf das Hirn wirkt. Es empfiehlt sich deshalb besonders bei Geisteskranken als Schlafmittel ($^1/_{100}$ Grain pro dosi).

Voigt (Oeynhausen).

229) **C. Wood**: Hydrobromate of hyoscine as a hypnotic in insanity. (Hyoscyam. hydrobromatum als Schlafmittel bei Geisteskranken.) (The therapeutic Gazette vom 16. Febr. 1885. p. 107.)

Hyoscyam. hydrobrom. empfiehlt sich bei Geisteskranken als Schlafmittel, da es gut wirkt, in kleinen Dosen gegeben wird ($^1/_{72}$—$^1/_{48}$ Grain) geschmacklos ist, auch subcutan angewandt werden kann. In einem einzigen Falle fiel der Puls nach einer Einspritzung von $^1/_{96}$ Grain innerhalb 2 Stunden von 84 auf 48 und die Extremitäten wurden kalt; sonst wurden niemals üble Nebenerscheinungen beobachtet.

Voigt (Oeynhausen).

---

230) **P. Hurd** (Newburyport, Mass.): Delirium tremens and its treatment. (Delir. trem. und seine Behandlung.) (The therapeutic Gazette vom 15. Januar 1885. p. 10.)

Nachdem Verf. kurz das Wesen, die Pathologie und Diagnose der Erkrankung besprochen, geht er des Längeren auf ihre Behandlung ein, die zum Zweck haben müsse: 1. das toxische Agens aus dem Körper zu schaffen. 2. die Hirnreizung zu beseitigen und die in den Nervencentren vor sich gehenden destructiven Prozesse aufzuhalten (daher Schlafmittel!). 3. den Körper durch passende Ernährungs- und Reizmittel aufrecht zu erhalten. Dementsprechend entzieht Verf. den Alcohol vollständig, gibt eine Verbindung von Chloralhydrat mit Tr. Capsic. ana 2 stündlich, bis Schlaf erfolgt, endlich reichliche Nahrung vor Allem Fleischpeptone. Als allgemeine Behandlungsregeln empfiehlt er die von Laycock aufgestellten: 1. Sorge für absolute Muskelruhe (bei heftigen Delirien ist Chloroformirung der Zwangsjacke vorzuziehen!). 2. Verhinderung aller sensibeln Reize und Erregungen. 3. Einverleibung passender Nahrungsmittel (kein Alkohol!). 4. bei Neigung zum Schweisse Beförderung desselben. 5. Warmhaltung des ganzen Körpers, namentlich der Füsse. 6. Ueberwachung durch einen erfahrenen Wärter.

Voigt (Oeynhausen).

---

231) **L. Wright** (Bellefontaine O.): Responsability as affected by alcoholic anästhesia — mental alertness restrained and confined — fixation of ideas. (Verantwortlichkeit durch Anästhesie in Folge von Alcohol beeinträchtigt; Hemmung und Einschränkung geistiger Gesundheit; Fixation von Ideen.) Detroit Lancet. Januar 1885.)

Verf. sagt, dass, abstract genommen, jede Idee die Tendenz hat im Geiste fixirt zu bleiben. In Wirklichkeit werde sie jedoch durch immer neu auftretende verdrängt, die unter Andern auch auf dem Wege der Sinneseindrücke entständen. Da nun die Sensibilität der Haut durch Alcoholgenuss bedeutend herabgesetzt werde, so könne es vorkommen, dass gewisse Ideen nicht von andern verdrängt, eine zeitlang gleichsam zu fixen würden, unter deren Einflusse der Betreffende dann handle. Nun berücksichtige das Gesetz die Unzurechnungsfähigkeit solcher, die im Affecte der Leidenschaft und Wuth handeln. Auf diese Wohlthat müsse auch derjenige Anspruch haben, der in

trunkenem Zustande eine Unthat begeht, auch wenn, wie in einem des Weitern vorgeführten Falle, zwischen dem zur That Veranlassung gebenden Streite und der Ausführung derselben ein längerer Zeitraum liege, vorausgesetzt dass der Thäter noch unter dem Einflusse von Hautanästhesie etc. gestanden habe. Voigt (Oeynhausen).

---

232) **Enrico Morselli** (Turin): Manuale di Semejotica della malattie mentali Vol. I. (Semiotik der Geisteskrankheiten.) (Millano, Fr. Vallardi. kl. 8. XII. 438 S.)

Der bekannte Autor beabsichtigt mit vorliegendem Werke eine möglichst vollständige Anleitung für die Untersuchung Geisteskranker zu geben, eine Aufgabe, die, soweit sich aus dem bisher erschienenen ersten Bande schliessen lässt, er auch in vorzüglicher Weise gelöst hat. Dieser Band behandelt neben einer allgemeinen Einleitung in die Diagnostik der Geisteskrankheiten die Anamnese und die objectiv-somatische Untersuchung.

Die Darstellung ist durchwegs eine so klare und einfache, dass auch der minder Geübte selbst auf den schwierigeren Gebieten sich immer wird die nöthige Anweisung verschaffen können, um den jetzigen Kenntnissen entsprechend vorzugehen. So ist namentlich der anthropologische Theil, insbesondere die Craniometrie, gleichzeitig auch der reichste an instructiven Abbildungen, mit grossem Fleisse ausgearbeitet. Andere kleinere Abschnitte, wie z. B. über die Salivation, oder über die Körpertemperatur hätten vielleicht ein klein wenig mehr Berücksichtigung verdient.

Am Schlusse gibt Morselli eine Uebersicht seiner Classification der Geisteskrankheiten, über die wir uns nicht eher äussern können, bis nächtens in dem unter der Presse befindlichen Werke: Trattato clinico delle malattie mentali die nähere Ausführung dieser Eintheilung erfogt sein wird. Wir können dem Verfasser nur beistimmen, wenn er in lobenswerther Bescheidenheit anerkennt, dass bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft eine in jeder Hinsicht befriedigende Classification überhaupt nicht erwartet werden darf. Das Buch, welches von der Verlagsbuchhandlung sehr hübsch ausgestattet ist, liest sich sehr leicht und anregend; es mag aufs wärmste anempfohlen sein, und sehen wir der Fortsetzung mit Interesse entgegen.

Obersteiner (Wien).

---

233) **S. Venturi** u. **R. Canger** (Nocera): Cura delle malattie mentali mercé le injezioni ipoderm. d'idroclorato di morfina a dosi elevate. (Injection von grossen Dosen Morphin bei Geisteskranken.) (Il Manicomio*) 1885. I.)

Die Verfasser theilen eine Reihe von 12 Fällen, durchwegs primäre Formen mit, bei welchen durch Morphininjection meist Heilung 2 mal Besserung und einmal kein Erfolg erzielt wurde.

---

*) Dies ist der Titel einer neuen psychiatrischen Zeitschrift, die unter der Redaction von Ricco und Venturi in Nocera erscheint.

Die Morphininjectionen wurden 3—4 mal des Tages gemacht und in der Regel bis zum Eintritt von Vergiftungserscheinungen verstärkt, was meist bei einer Tagesdosis von 20—30 Centigramm der Fall war. Die Maximaldosis wurde durch mehrere Wochen hindurch fortgesetzt und hierauf das tägliche Quantum successive um 2 Centigramm vermindert. Besonders beweisend sind jene Fälle, in denen alle früheren Heilungsversuche resultatlos geblieben waren und sich die Besserung erst unter der Morphiumcur einstellte.

Obersteiner (Wien).

---

234) **G. Limoncello:** (Napoli): L'ossigeno nelle psicopatie. (Sauerstoffbehandlung.) (Archivio di psychiatria VI. fasc. 1. 2.)

In drei Fällen, welche stark herabgekommene anämische Geisteskranke betrafen, wurde durch längere Zeit fortgesetzte Sauerstoffinhalationen (in einem Fall 1200 Liter während eines Monates) ein sehr günstiges Resultat erzielt; die Kranken fühlten sich bald nach Beginn der Cur besser, und unterzogen sich ihr dann sehr gerne.

Obersteiner (Wien).

---

235) **Cotard:** Perte de la vision mentaledans la mélancolie anxieuse. (Arch. de Neurol. 1884. vol. VII. Nro. 21.)

C. beschreibt ein bei manchen Fällen von Melancholia anxiosa gefundenes eigenthümliches Symptom: Die Kranken, ganz intelligente Personen, sind nicht im Stande, sich im Geiste das Bild von ihnen ganz geläufigen Gegenständen, wohlbekannten Strassen und Plätzen oder Personen (selbst täglich gesehenen und ihnen nahestehenden) vorzustellen. Sie klagen selbst über dieses quälende Symptom. Eine Erklärung desselben ist sehr schwierig: steht es in (erklärendem?) Zusammenhang mit den „nihilistischen" Wahnideen (delire des négatios) gewisser Melancholiker (es existire Nichts mehr, sie seien selbst nicht mehr) oder mit der oft gehörten Klage der Melancholiker, es sei ihnen das „Gefühl" für früher geliebte Sachen und Personen vergegangen?

Schoenthal (Berlin).

---

236) **Marandon de Montyel:** Contribution à l'étude de l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans la folie névrosique et la démence paralytique. (L'Encéphale 1884. Bd. IV Heft 5.)

Luys fand, (1881) dass bei Gesunden die linke Hemisphäre durchgängig ein etwa 5—8 Gramm höheres Gewicht habe, als die rechte, während bei Geisteskranken (in 71%) ein umgekehrtes Verhältniss, also ein Ueberwiegen der rechten Hemisphäre statthabe: M. konnte dies bei 89 Autopsien Geisteskranker — er fand in 81% Ueberwiegen der rechten Hemisphäre — bestätigen. Während aber Luys dieses Ueberwiegen als *Ursache* der Geisteskrankheit ansah, kommt M. im Gegensatz hierzu zu dem Schluss, das es eine *Folge* der Geistesstörung sei. Er trennt ferner die progressive Paralyse als Folie organique von den übrigen Psychosen die er als folie simple ou névrosique zusammenfasst

und sind die erwähnten 89 Autopsien Fälle von folie simple. Von progr. Paral. liegen M's. Berechnungen 94 Fälle zu Grunde. Das Studium der Gewichtsverhältnisse bei beiden Kategorien (wobei er nur Individuen unter 60 Jahren mit in Rechnung zieht, um die senilen Veränderungen auszuschliessen) führt M. zu folgenden Schlüssen:

I. Bei der folie névrosique überwiegt die rechte Hemisphäre die linke, in Mittel um 14 Gr., während bei Gesunden die linke überwiegt.

II. Die mittlere Differenz zu Gunsten der rechten Hemisphäre ist grösser als diejenige, (8—10 Gr.) die man findet, wenn bei Gesunden ausnahmsweise die rechte schwerer wiegt, und wenn sich bei der folie névrosique ausnahmsweise ein Ueberwiegen der linken Hemisphäre findet, so ist dieses Gewicht im Minimum geringer, als das gewöhnliche Gewicht der gesunden linken, die rechte überwiegenden Hemisphäre.

III. Diese Verhältnisse sind bei beiden Geschlechtern gleich.

IV. Das Uebergewicht zu Gunsten der rechten Hemisphäre wächst mit dem Alter des Kranken. Das Maximum der Häufigkeit ist zwischen 50 und 60 Jahren, und ist wohl so zu deuten, dass das genannte Uebergewicht im direkten Verhältniss zu der Dauer der Krankheit steht.

V. *Bei der progress. Paral. wiegt die linke Hemisph. (in 65%) schwerer*, und zwar in Mittel um 20 Gr. Bei erblicher Belastung schien sich auch bei progress. Paral. öfter Ueberwiegen der rechten Hemisph. zu finden. In M's. Statistik ist das Ueberwiegen der linken Hemisph. häufiger bei Frauen als bei Männern.

Schoenthal (Berlin).

III. Aus den Vereinen.

I. Clinical society of London.

Sitzung vom 23. Januar 1885.

237) **Althaus** spricht über einen *Fall von Hemianästhesie durch angeborene Hirn-Erkrankung*. Ein Mädchen von 11 Jahren wird in das Hospital für Epileptische aufgenommen, angeblich mit Lähmung der linken Seite. Hereditäre Belastung fehlt; sie war durch Zangengeburt auf die Welt gekommen. Die Untersuchung ergab das absolute Fehlen jeder motorischen Störung, aber eine complete Hemianästhesie vom Scheitel bis zur Zehe. Die rechte Seite war ganz normal, und die Scheidungslinie zwischen der fühlenden und nicht fühlenden Körperhälfte scharf ausgesprochen. Die verschiedenen Empfindungsqualitäten waren gleichmässig eingebüsst; die Schleimhäute an Auge, Nase und Mund waren ebenfalls ohne Empfindung. Die Hautreflexe waren nicht vorhanden, während die Sehnenreflexe auslösbar waren. Die l. Pupille reagirte nicht gegen Licht. Ebenso bestand Hemianästhesie der sensorischen Nerven. Die Papille war grau-weiss, die Gefässe im Augenhintergrund eng. Es bestand Ischämie, denn Nadelstiche bluteten nicht. An der l. Hand nahm man eine leichte Ataxie wahr. A. diagnosticirte eine Blutung in das hintere Drittel der innern Kapsel der rechten Hemisphäre, wo die sensiblen Bahnen getroffen

sind, nicht die (übrigens auch etwas nach vorn gelegenen) Pyramidenbahnen. Als Ursache der Blutung zieht er die Einwirkung der Zange bei der Geburt heran. Hysterie wird ausgeschlossen wegen des Alters der Patientin, ebenso ein Tumor weil der beschriebene Zustand nach zuverlässiger Angabe des Vaters seit der Geburt der gleiche geblieben ist. Höchst bemerkenswerth ist der Erfolg der electr. Behandlung: die beschriebene Störung verschwand complet nach einer einzigen Faradisation der Haut. A. erklärt dies Verhalten so, dass er eine schnell nach der Geburt vor sich gegangene Resorption des Blutherdes annimmt aber voraussetzt, dass eine functionelle Lähmung der ergriffenen Theile zurückgeblieben sei in Form einer Leitungshemmung; diese letztere sei durch den electrischen Reiz überwunden worden. Erlenmeyer.

II. Sheffield medico-chirurgical Society.

Sitzung vom 18. Decbr. 1884. (The Brit. med. Journ. 1885. 17. Jan.)

239) **Banham:** *Unioculärer Nystagmus — Gehirntumor.* Der vorgestellte Kranke ist 30 Jahre alt, zeigt links partielle Hemiplegie und Anästhesie, rechts leichte Parese, das linke Ohr ist taub, das l. Auge zeigt Nystagmus; beide Pupillen sind atrophirt. Zuweilen Kopfschmerz und Schwindel. Gesichts- und Gehörsstörungen haben in den letzten 4 Jahren zugenommen; die linksseitige Lähmung besteht erst seit 11 Monaten und trat ein nach einem Anfall von Krämpfen und Gliederstarre.

Verf. diagnosticirte einen syphilitischen Tumor im Pons und Pedunculus cerebelli; die plötzliche Lähmung vor 11 Monaten führt er auf eine mit der Neubildung zusammenhängende Blutung zurück.

Erlenmeyer.

IV. Tagesgeschichte.

Aus Halle a. d. S. Die psychiatrische Universitäts-Klinik ist am 1. April eröffnet worden. Mit der Vertretung des erst im November von dem zusammentretenden Provinziallandtag zu wählenden Directors in Nietleben ist Dr. Fries daselbst betraut worden.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M., freie Station. 2) Illenau, Hilfsarzt, 1500 M. Anfangsgehalt und freie Station. 3) Leubus, II. Arzt, 3000 M. und freie Wohnung etc. 4) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und freie Station. 5) Carlsfeld (Dr. Benno's Privatanstalt), Assistenzarzt. 6) Wildbad (Katharinenstift, Geh. Hofrath Dr. von Renz), Assistenzarzt.

Besetzte Stellen. Saargemünd, Assistenzarzt Herr Dr. Glendenberg.

Um gefällige Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Mai 1885. Nro. 10.

INHALT.

I. Referate und Kritiken. Spitzka: Beiträge zu der Anatomie des Lemniscus mit Bemerkungen über centripetale Bahnen im Gehirn. Donath: Ueber die Grenzen des Temperatursinnes im gesunden und kranken Zustande. Peckham: Aesthesiometrie. Delavan: On the localization of the cortical motor centre of the larynx. Fuller u. Browning: Pseudo-bulbär-Paralyse. Doppelseitige Apoplexie der Linsenkerne. Dana: Rückenmarkserschütterung u. ihre Beziehung zur Neurasthenie. Spitzka: Wirbelabnormität, Spinalirritation. Bernhardt: Ueber die Beziehungen des Kniephänomens zur Diphtherie und deren Nachkrankheiten. Rossolymmo: Zur Frage über trophische Störungen der Haut bei Tabikern. Löwenfeld: Ueber multiple Neuritis. Stewart: An introduction to the study of the Diseases of the Nervous System, Allbutt: On visceral Neuroses. Drummond: Diseases of the Brain and Spinal Cord: a guide to their pathology, diagnosis and treatment. Bramwell: Diseases of the Spinal Cord. Erlenmeyer: Ueber statische Reflexkrämpfe. McIntosch: Acute atrophische Paralyse Erwachsener nebst zwei durch Arsenikvergiftung hervorgebrachten Fällen. Page: Bleivergiftung. Kolpinsky: A case of traumatic tetanus. Palmer: Behandlung des chronischen Hydrocephalus durch Wasserabzapfung. Fischer: Zur Lehre vom epileptischen Irresein. Westphal: Ueber einen Fall von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allg. Paralyse. Frühzeitige Diagnose durch Nachweis des Fehlens des Kniephänomens. Gilles de la Tourette: Jumping, Latah, Myriachit.

II. Aus den Vereinen. I. Verein der Aerzte in Steyermarck. II. Congrès français de Chirurgie. III. Société français d'otologie et de laryngologie. IV. Pathological Society zu New-York.

III. Tagesgeschichte. IV. Personalien.

I. Referate und Kritiken.

240) **C. Spitzka** (New-York): Contributions to the anatomy of the lemniscus, with remarks on centripetal conducting tracts in the brain. (Beiträge zu der Anatomie des Lemniscus, mit Bemerkungen über centripetale Bahnen im Gehirn.) (The medic. Record. 11. October 1884 und folgende Nummern.)

Verf. stellt in der Einleitung seiner vorzüglichen, aber der Complicirtheit des Gegenstandes wegen sich nur zu einem höchst oberflächlichen Referat eignenden Arbeit die sich auf Thatsachen gründende Vermuthung auf, dass gewisse Faserzüge die physiologisch und anatomisch betrachtet centripetale sind, in Wirklichkeit zu gleicher

Zeit, wenigstens in einem Theile ihres Verlaufes, der Sitz centrifugaler Functionen sind. Zugleich macht er darauf aufmerksam, dass die Bahn der (freiwilligen) Motilitätsleitung von der Hirnrinde zu den Extremitäten nicht von Ganglien unterbrochen wird, während es nicht einen einzigen sensiblen Tract gibt, der nicht auf seinem centripetalen Verlaufe durch solche hindurchgeht; ja es zeichnen sich gerade der Mensch und die anthropoiden Affen dadurch aus, dass in ihnen diese unterbrechenden Ganglienmassen die höchste Entwickelung erlangt haben: wahrscheinlich dienen sie der Vermittelung der verschiedenartigsten functionellen Combinationen.

Sodann geht Verf. unter Zuhilfenahme von Zeichnungen auf die „äussere und grobe" Anatomie des Lemniscus ein, eines Nervenzuges, der mindestens dieselbe Wichtigkeit wie die Pyramiden habe. Derselbe steht namentlich durch seinen in die Tiefe des Thalamus, des pons, der medull. oblong. ziehenden Theil (der freiliegende ist der am wenigsten wichtige) in innigstem Zusammenhange mit den Kernen der Goll'schen und Burdach'schen Säulen sowohl, als mit dem corp. dent. der Olive. — Im 3. Abschnitte bespricht er den Theil des Lemniscus, der durch das Zwischenolivenlager (Flechsig's) geht. Verf. schliesst aus einem von ihm beobachteten Falle von secundärer Degeneration dieses Theiles (beiläufig kommt er auf denselben öfter zurück zur Unterstützung auch gewisser anderer von ihm verfochtenen Ansichten), dass die spinalen Goll'schen und Burdach'schen Säulen im anatomischen Sinne in ihren Kernen endigen und dass von diesen „unterbrechenden" Kernen ein physiologisch zusammengehöriger Zug ausgeht, der sich in Meynert's oberer (sensorischen) Decussation der Pyramiden mit dem der andern Seite kreuzt, um in's Zwischenolivenlager der medull. oblong. und des pons überzugehen. Da der Zusammenhang der Goll'schen Säulen mit den sensibeln Wurzeln für die untern Extremitäten feststeht, so ist es höchst wahrscheinlich, dass sie diejenigen Empfindungen vermitteln, welche die richtige Functionirung des sogenannten Muskelsinnes veranlassen. Da derselbe unter Controle des Gehirns steht, so muss ein Zug da sein, welcher die Goll'schen und Burdach'schen Kerne mit dem Hirn verbindet — und das ist jenes Zwischenolivenlager. — Meynert's jetzt vielfach verdammte Ansicht, dass die die Hinterstränge des Rückenmarks mit dem Gehirn verbindenden Nervenfasern sich in den Pyramiden kreuzten (sensible, obere Decussation) ist in mancher Hinsicht richtig; vor Allem ist es Thatsache, dass gewisse Theile des sensibeln Nerventractes an der Stelle sich kreuzen, welche Meynert die obere Kreuzung der Pyramiden nennt. Da dieselbe aber nichts mit den eigentlichen Pyramidenzügen zu thun hat, so kann sie besser als Kreuzung des Zwischenolivenlagers oder wie sie Spitzka schon früher nannte, als decussatio piniformis bezeichnet werden. Ausserdem aber verlaufen noch Fasern von den Goll'schen und Burdach'schen Kernen in ein Feld, welches mit den echten Pyramidenzügen in Verbindung steht. Die Frage, welche Art von Empfindungen durch diese Decussation zum Gehirne gelangen, ist sehr schwierig; bewiesen ist vorläufig durch

mehrere Fälle, wozu auch jener Spitzka's gehört, dass Verletzung dieser Stelle contralaterale Ataxie macht.

Ueber den weitern Verlauf jener Fasern herrscht noch grosses Dunkel, welches sich Sp. aufzuhellen bemüht, indem er die verschiedenen Ansichten Flechsig's, Meynert's, Wernicke's etc. kritisch beleuchtet und auf Grund seiner eigenen Untersuchnngen (zum Theil an Thierhirnen) bestätigt, verbessert, verwirft. Das Eine scheint jedenfalls festzustehen, dass sie nicht ausschliesslich in den Lemniscus übergehen. Der grösste Theil des Lemniscus aber zieht fast direct in die innere Kapsel.

Im 4. Abschnitt setzt Sp. seine Gründe auseinander, weshalb er Krause's Ansicht, dass der sogenannte Fasciculus trineuralis, von welchem der glossopharyng. und vagus vielleicht auch der accessor. Wurzelfäden erhalten, ausschliesslich im Respirationsbündel sei, nicht für richtig hält. Sodann bespricht er die Beziehungen des Lemniscus zu der innern Kapsel, sowie die zwischen den sensibeln Zügen und den Trigeminuswurzeln bestehenden. Endlich betont er, dass der Lemniscus nicht, wie Flechsig will, in 2 Züge getrennt werden kann — in einen grössern, der absteigend degenerirt, und einen kleinern, der dies nicht thut; der grössere degenerire in auf- und absteigender Richtung. Im Uebrigen ist es ihm fraglich, ob die Zwischenolivenschicht der einzige Weg für die mit der Coordination verbundenen Empfindungen sei (vor Allem komme in dieser Hinsicht wahrscheinlich auch die myelo-cerebellare Bahn in Betracht).

Voigt (Oeynhausen).

---

241) **Donath** (Berlin): Ueber die Grenzen des Temperatursinnes im gesunden und kranken Zustande. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 3. p. 695.)

Die hier in Betracht kommenden Grenzen des Temperatursinnes sind die Momente, wo bei Steigerung oder Minderung der Temperatur Wärme und Kälte nicht mehr als solche, sondern als Schmerz empfunden werden. Verf. experimentirte mit dem Kryalgimeter (Kälteschmerzmesser) und dem Thermalgimeter (Wärmeschmerzmesser) — beides Hautthermometer mit plattem Quecksilbergefäss. Um Kälte zu erzeugen, wurde der Richardson'che Aethersprey verwendet, zur Wärmeerzeugung wurde der Strom von 2 Bunsen'schen Elementen durch ein um die Thermometerkugel gewickeltes Platindrahtgewinde geleitet. Bezüglich der genaueren technischen Einrichtungen muss auf die Orginalarbeit verwiesen werden. Als Allgemeinresultat der Untersuchungen fand Verf., dass der *Temperaturschmerz* als eine *sehr grobe Empfindung* zu bezeichnen, und dass das Unterscheidungsvermögen für seine Grenzen ein viel weniger feines sei, als das Gefühl für den Unterschied *mittlerer* Temperaturen. — Im Speziellen wurde bei 6 *Gesunden* constantirt bezüglich des *Kälteschmerzes*: Derselbe variirte in verschiedenen Hautstellen zwischen — 11.4 und + 2.8° C. Bauchhaut, Dorsalfläche des Ellbogengelenks waren besonders empfindlich; besonders unempfindlich dagegen die Pulpa der Finger. Die Vorderfläche des Körpers war

schmerzempfindlicher als die Hinterfläche, ebenso die linke Seite mehr als die rechte. — Die absolute Differenz zwischen *verschiedenen* Individuen schwankte sehr stark. — Der *Wärmeschmerz* variirte an verschiedenen Hautstellen durchschnittlich zwischen 36.3 und 52.6. Im übrigen waren die Erscheinungen dem Kälteschmerz ziemlich analog. Sehr mässige Schmerzempfindlichkeit zeigte die Zungenspitze. — Die Gesammtdifferenz zwischen Kälte- und Wärmeschmerz betrug für die verschiedene Hautpunkte 35.1 — 64°. — Als die von den *Gesunden* gewonnenen Mittelzahlen mit denen bei 7 *Tabikern* verglichen wurde ergab sich bei der Mehrzahl der Kranken eine *bedeutend herabgesetzte Empfindlichkeit* und zwar besonders an den unteren Extremitäten. In einigen Fällen war Kälteschmerz überhaupt nicht hervorzubringen. Die Einzelheiten der Versuche sind in Tabellen wiedergegeben.

Langreuter (Eichberg).

---

242) **Grace Peckham**: Aesthesiometrie. (Medic. Record. 10. Jan. 1885.)

Verfasserin theilt die Wahrnehmungsarten des Gefühlssinnes in Gemeingefühl und tactile Sensibilität, letztere in Drucksinn, Temperatursinn und Localitätssinn, und bespricht ziemlich ausführlich die der Physiologie des letztern dienenden Instrumente. Die Besprechung enthält Beschreibung und Abbildung eines Instrumentes eigener Erfindung, das übrigens, wie sie selbst zugibt nur eine leichte Modification eines Instrumentes von Dr. Birdsall darstellt, welches einerseits aus dem bekannten Sieveking'schen Aesthesiometer hervorgegangen ist.

Die beiden Pointirstifte des Sieveking'schen Instrumentes sind hier durch Stahlspitzen ersetzt, welche je aus einer cylindrischen Hülse hervortreten, deren Inneres eine Spiralfeder birgt. Werden die Spitzen auf die Haut gesetzt, so tritt eine geknöpfte und graduirte Axe am obern Ende der Hülse hervor, deren Theilstriche eine Druckgrösse von je 30 Gr. angeben. Verf. beweist nämlich an einigen Beispielen die Thatsache, dass die Sensibilität mit der Druckgrösse wächst, resp. der sogen. Sensationsdurchmesser sich verkleinert. Eine mathematische Proportion lässt sich natürlich hiebei nicht feststellen. Indessen scheint der Sensationsdurchmesser bei Vermehrung des Druckes um einen einzigen Theilstrich um $^1/_3$ oder $^1/_2$ verkleinert zu werden. Es tritt die Erscheinung gerade da am wenigsten hervor, wo die Sensibilität am empfindlichsten ist, z. B. an den Finperspitzen. In Bezug auf das Instrument ist noch zu bemerken, dass Pointirstifte mit Elektrodenschnüren in Verbindung gesetzt werden können.

Verf. gibt hierauf einige Regeln, welche bei der Aesthesiometrie beobachtet werden müssen, sofern man vergleichbare Resultate erzielen will, nämlich:

1) Die zu vergleichenden Stellen müssen mit der nämlichen Druckgrösse behandelt werden.

2) An den vergleichenden Stellen müssen die Pointirstifte in der nämlichen Richtung, d. h. entweder longitudinal oder transversal, aufgesetzt werden, und hat man sich zu erinnern, dass die trans-

versalen Sensationsdurchmesser kleiner sind, als die longitudinalen (elliptische Form der Weber'schen Empfindungskreise).

3) Man erhält einen kleinern Sensationsdurchmesser, wenn die Pointirstifte einander allmählich genähert, als wenn sie von einander entfernt werden.

4) Beide Pointirstifte sind gleichzeitig aufzusetzen.

5) Das Instrument muss dem Blicke des Patienten entzogen werden; auch hat man sich oft vor irrthümlichen Ideen, vorgefassten Meinungen seitens desselben zu hüten. Es ist daher nicht rathsam, zwei Personen gleichzeitig zu untersuchen.

6) Man darf die Untersuchung an der nämlichen Stelle nicht zu oft wiederholen, da sich das Gefühl abstumpft.

7) Man hat darauf zu achten, ob die Antwort des Patienten schnell oder langsam erfolgt. Im letztern Falle hat man sich darüber aufzuklären, ob die Zögerung eine Folge phlegmatischer Anlagen oder pathologischer Zustände ist. Man ziehe auch in Betracht, dass sich das Gefühl bei wiederholter Untersuchung schärft, um den Irrthum zu vermeiden, dass man diese Schärfung für eine Besserung des pathologischen Zustandes hält.

Die Verfasserin hat für die normalen Sensationsdistanzen kleinere Werthe gefunden, als dieselben nach den Untersuchungen von Weber, Vierordt, Valentin, Sieveking u. A. betrugen. Sie glaubt dies dem Umstande zuschreiben zu müssen, dass die amerikanische Bevölkerung eine höhere Sensibilität besitzt, als die europäische (?).

— r.

---

243) **Bryson Delavan** (New-York): On the localization of the cortical motor centre of the larynx. (The medic. Record. 14. Februar 1885.)

Verf. vertritt die Ansicht, dass es ein corticales Centrum für die Bewegungen des Kehlkopfes gibt, und dass dies Centrum im Verlaufe des 3. Zweiges der mittlern Hirnaterie und zwar in der Nähe der Broca'schen Windung liegt. Er stützt sich dabei ausser auf die von Krause in Munk's Laboratorium an Hunden gefundenen physiologischen Thatsachen auf 2 Fälle, die folgende gemeinschaftliche Symptome boten: 1. Die betreffenden Läsionen sassen auf der rechten Seite des Hirns (Reizung der entsprechenden Stelle links machen Aphasie; 2. es waren durch sie dieselben Muskelgruppen in derselben Weise afficirt; 3. die allgemeinen Symptome verschwanden in derselben Weise; 4 in beiden blieb dauernde Lähmung des Larynx, beziehungsweise eines Stimmbandes zurück. Voigt (Oeynhausen).

---

244) **E. Fuller** u. **Wm. Browning** (Brooklyn N.-Y.): Pseudo-bulbar paralysis. Bilateral apoplexy of the lenticular nuclei, simulating lesion in the floor of the fourth ventricle. (Pseudo-bulbär-Paralyse. Doppelseitige Apoplexie der Linsenkerne, die eine Läsion des Bodens der 4. Hirnhöhle vortäuscht). (The medic. Record. 1. November 1884.)

Eine 61jährige Frau erkrankte, nachdem sie 3 Jahre früher eine linksseitige Hemiplegie gut überstanden, plötzlich, ohne das Bewusstsein

zu verlieren, an vollkommener Lähmung der Lippen, der Zunge und der Schlundmuskeln, sowie an Aphasie; unmittelbar darauf stellte sich vermehrte Adsonderung stark eiweisshaltigen Urins ein (einmal fand sich auch Zucker darin). Nach 24 Stunden war jedoch die Urinmenge wieder normal, Eiweissgehalt blieb jedoch noch länger bestehen. Fünf Tage lang war das Bewusstsein vollkommen erhalten; es zeigten sich weder Anästhesie, noch Gehörstörungen; Puls, Respiration, Temperatur normal; dann begann Stupor, Hitze, Collaps, Tod 2 Tage später. Bei der Scetion fand sich ausser Ueberbleibseln eines alten Blutergusses im rechten nucl. lentic. in diesem sowie im linken fast symmetrisch je ein länglicher, Taubeneigrosser Bluterguss, dessen Haupttheil vollständig im Linsenkern lag, seine Grenzen nur hinten ein wenig überschreitend; im Uebrigen alle Theile des Gehirns, namentlich die Umgebung des 4. Ventrikels gesund. Voigt (Oeynhausen).

---

245) **L. Dana** (New-York): Concussion of the spine and its relation to neurasthenia and hysteria. (Rückenmarkserschütterung und ihre Beziehung zur Neurasthenie. (The medic. Record. 6. Dezember 1884.)

Verf. fasst das Wesentliche seiner Abhandlung in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Ausdruck Rückenmarkserschütterung führt irre und ist incorrect. Die ihr gewöhnlich zugeschriebenen Symptome sind in Wirklichkeit Symptome traumatischer Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, verbunden mit gewissen Verletzungen der Wirbel, Bänder, Spinalnerven u. s. w.

2. Diese traumatische Neurasthenie ist eine wirkliche Krankheit; doch ist schwer zu sagen, wie viel im Einzelfalle von dem Kranken absichtlich hinzugesetzt wird.

3. Sie wird oft simulirt.

4. Wir brauchen daher mehr objective Zeichen zur Entdeckung dieser subjectiven Neurose.

5. Die Prognose rücksichtlich der Besserung ist gut, rücksichtlich vollkommener Heilung schlechter.

6. In seltenen Fällen wird das Rückenmark allein erschüttert und es folgt temporäre Functionsstörung oder Myelitis etc.

7. Bei dazu Disponirten kann auch chronische Myelitis in Folge der in Frage stehenden Eisenbahnunfälle entstehen ohne Läsion der Wirbelsäule.

8. Erichsen lässt in seinem Buche über Rückenmarkserschütterung irrthümlicherweise functionelle Störungen von organischen Rückenmarkskrankheiten abhängen.

9. Derselbe will oft irrthümlich Symtome von Rückenmarkserschütterung und folgender Myelitis etc. ableiten, die in Wirklichkeit dem Hirnshock, einer peripheren Läsion, wohl gar der Simulation zuzuschreiben sind. Voigt (Oeynhausen).

---

246) **C. Spitzka** (New-York): An anomaly of a vertebra, with a suggestion regarding the causation of certain forms of spinal irritation. (Abnormität eines Wirbels, nebst einer Hypothese in betreff der Ursachen gewisser Formen von Spinal-irritation.) (The medic. Record. 20. Dezember 1884.)

Sp. entdeckte an einem 10. Dorsalwirbel zwei starke Ossificationswülste, die von der vorderen Fläche des Bogens unmittelbar über den unteren Gelenkfortsätzen ausgehend sich fortsatzförmig nach abwärts zogen; sie mussten sowohl den Spinalkanal als die Foramen intervertebralis verengt haben. Verf. meint, dass möglicherweise gewisse Fälle von Spinalirritationen derartigen Störungen ihre Ursache verdanken möchten (wo z. B. immer ein und derselbe Wirbel druckempfindlich sei etc.) nach Analogie eines von ihm beobachteten Falles, in welchem die Symptome heftiger Spinalreizung durch Bruch oder Verrenkung des oberen Theiles des Steissbeins entstanden und nach Entfernung der betreffenden, winklich geknickten Partien verschwanden.

Voigt (Oeynhausen).

---

247) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber die Beziehungen des Kniephänomens zur Diphtherie und deren Nachkrankheiten. (Virchow's Arch. f. path. Anat. Bd. XCIX. Heft 3. 1885.)

Unter 21 Beobachtungen über das Verhalten des Kniephänomens nach Diphtherie war in 8 Fällen dasselbe erhalten, beiderseits 7 mal, einseitig 1 mal. In 13 Beobachtungen fehlte dasselbe gleich bei der ersten Untersuchung. Verf. theilt die betreffenden Krankengeschichten im Auszuge mit und fügt hinzu die Beobachtungen, welche über diesen Gegenstand in der Literatur verzeichnet sind, Fälle von Rumpf, R. Schulz, Fritz, Berger, Paul Meyer, Abercrombie, Becher, Pelizaeus, Cahn, Lenhartz und Remak. Aus den von diesen Autoren gegebenen Daten und seinen eigenen Beobachtungen formulirt er folgende Schlüsse:

I. Bei einer sehr grossen Anzahl von Kranken, welche (Rachen) Diphtherie überstanden haben, findet man einige Wochen später die Kniephänemone geschwunden.

II. Obgleich in diesen Fällen die diphtheritische Erkrankung meist eine schwere gewesen ist und neben den gewöhnlichen Lähmungserscheinungen an der Gaumensegel- und Augenmuskulatur noch andere und bedeutendere Störungen im Bereiche des Centralnervensystems aufgetreten sind, so braucht dieses doch nicht allemal der Fall zu sein, da auch bei scheinbar leicht abgelaufenen Fällen die Thatsache des Verschwindens der Kniephänomene beobachtet wird.

III. Da das Westphal'sche Phänomen (Fehlen der Kniephänomene) erst 6—8 Wochen *nach* dem Beginn der Krankheit in die Erscheinung treten kann, so können trotz des Vorhandenseins des Phänomens in den ersten Wochen, doch später noch schwere Erkrankungen des Centralnervensystems eintreten. Andrerseits kann das Phänomen früh geschwunden sein und doch der Kranke, abgesehen von mässig ausgebildeter Gaumensegellähmung und leichteren Störungen

in der Funktion der Augen, sich ganz wohl fühlen und auch weiterhin intakt bleiben.

IV. Das Verschwinden der Kniephänomene nach Diphtherie scheint oft einige Zeit nur *einseitig* vorzukommen, auch bei der Rückkehr zuerst nur wieder einseitig ausgeprägt zu sein.

V. Die einmal geschwundenen Kniephänomene können überraschend lange Zeit (5—6 Monate) fehlen, wenn auch keine Paresen oder Ataxien vorhanden sind.

VI. Dieses Verhalten ist von Wichtigkeit bei den Untersuchungen über das Vorkommen der Kniephänomene bei *Gesunden.*

VII. Ob das Kniephänomen nicht nur 5—6 Wochen nach der Krankheit erhalten bleiben kann, sondern ob es auch nie verschwindet, hat mit Sicherheit noch nicht festgestellt werden können.

VIII. Hautreflexe und Kniephänomene gehen in Bezug auf ihr Vorhandensein oder Fehlen nicht parallel.

IX. Nur wenn die Funktion des M. quadriceps femoris eine intakte ist, sind bie Beobachtungen über das Verschwinden resp. Fehlen des Kniephänomens von Werth. —

Bei ataktischen Zuständen, die als Nachkrankheiten anderer acuter Infektionskrankheiten auftreten, kann das Kniephänomen erhalten bleiben. Verf. beobachtete folgenden Fall bei acuter Ataxie nach Typhus.

Ein 70 jähriger Inspector hatte vor 7 Jahren einen Ileotyphus überstanden. In der Reconvalescenz traten eigenthümliche Sensationen an den Händen auf. Bewegungen der Finger und Hände sind ataktisch. An den Füssen ist die Sensibilität leidlich erhalten, nur werden passiv vorgenommene Zehenbewegungen *nicht* gut beurtheilt. Keinerlei Lähmung. Die Kniephänomene sind beiderseits vorhanden. —

Ueber die pathologisch-anatomische Grundlage der das Nervensystem treffenden Erkrankungen nach acuten Infektionskrankheiten sind die Akten noch lange nicht geschlossen. Es erkranken sowohl die peripheren Nerven als auch ganz sicher die nervösen Centralorgane. Jedenfalls müssen sich die Veränderungen über kurz oder lang wieder ausgleichen können. Verf. schliesst sich den Autoren an, die eine Einwanderung und Entwickelung von Pilzkeimen und dadurch gesetzte Ernährungs- und Functionsstörung annehmen. Betont muss werden, dass Ataxie und Verlust der Kniephänomene in direktem Abhängigkeitsverhältniss zu einander *nicht* stehen.

Goldstein (Aachen).

---

248) **Rossolymmo** (Moskau): Zur Frage über trophische Störungen der Haut bei Tabikern. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 3. p. 722.)

Bei einem 41jährigen Tabiker traten im 4. Jahre des Bestehens der Krankheit plötzlich trophishe Störungen in der Haut und den Haaren auf, unabhängig von irgend welchen Aesthesioneurosen. Die Störungen bestanden in hellrosa gefärbten grösseren und kleineren Flecken von unregelmässiger Form auf der rechten Stirnhälfte, der rechten Wange

und Seitenfläche der Nase, ausserdem einige kleinere auf der rechten Ohrmuschel. Diese Hautpartien waren depigmentirt und leicht runzelig. Anomalien der Schweiss- und Talgdrüsen-Secretion nicht vorhanden. Die auf den fraglichen Stellen befindlichen Haare waren ergraut ohne Pigment und stark lufthaltig. Der Verf. glaubt, dass diese im Trigeminusgebiet befindliche Erkrankung durch eine Affection der rechten aufsteigenden Wurzel des betr. Nerven bedingt gewesen sei. Der Kranke kam ausser Behandlung. Langreuter (Eichberg).

---

249) **L. Löwenfeld** (München): Ueber multiple Neuritis. Klinische Mittheilungen. (Sep.-Abdr. aus d. Aerztl. Intell.-Bl. Nro. 6 ff. 1885.)

Beobachtung I. Frau K., 58 Jahre, klagte im November 1883 über heftige Schmerzen in beiden Beinen und ein pelziges Gefühl von den Füssen herauf bis zur Schenkelbeuge. Am rechten Fusse und Unterschenkel enorme Hyperästhesie, leise Berührungen führten zu Reflexzuckungen; links weniger. Entwicklung dieser Erscheinungen im Verlaufe mehrerer Monate. Allmälige Steigerung am linken Bein, ferner traten auch Schmerzen und Kraftabnahme im rechten Arm ein und schliesslich an der rechten Gesichtshälfte.

Stat. praes. Rechter N. infraorbitalis an der Austrittsstelle von exquisiter Druckempfindlichkeit, geringer rechts. Bewegungen im Handgelenk etwas beschränkt. In der Hohlhand eine druckempfindliche, derbe Anschwellung von der Grösse einer kleinen Bohne. Druckempfindlichkeit des nerv. ulnaris am Vorderarme, ebenso des nerv. median. Haut am rechten Arme überall für taktile Reize hyperästhetisch. Muskulatur beider Beine auffallend schlaff, druckempfindlich. R. Fussgelenk mässig geschwollen. Haut hier allenthalben hyperästhetisch. Nerv. crural. rechts, ebenso peroneus und tibialis deutlich druckempfindlich. Geringer Druck verursacht Schmerz und Parästhesieen peripher ausstrahlend. Am l. Bein nerv. tibialis in der Kniekehle und des Ischiadicusstamm abnorm empfindlich. Kniephänomen beiderseits lebhaft. Kein Fussphänomen. Paradoxe Contraction des M. tibial. antic. beiderseits. Entartungsreaction in einer Anzahl von Muskeln. Nach Jahresfrist kann Patientin umhergehen.

Die Druckempfindlichkeit der Nervenstämme gibt sich nicht blos durch localen Druckschmerz, sondern durch peripher, zum Theil auch central ausstrahlende Schmerzen und Paresthesieen bei mässigem Druck auf die Nerven kund. Dieser Punkt ist massgebend für die Auffassung der peripheren Localisation vorliegenden Falles, der als wahren Schulfall multipler Neuritis bezeichnet wird. Die Anschwellung des Fussgelenks repräsentirt eine sonst bei mult. Neur. seltene Form trophischer Störung, ebenso das Hautödem im Gesichte. Die als Tenosynitis hyperplastica bezeichnete schmerzhafte Anschwellung der Hohlhand ist nach Verf. ebenfalls als trophische Störung aufzufassen. Interessant sind ferner an diesem Falle die Betheiligung des Trigeminus und das Erhaltensein der Kniephänomene.

Beobachtung II. R. S., 42 Jahre alt, ohne hereditäre neuropathische Disposition erkrankte Ostern 1881 an gastrischen Erscheinungen mit Fieber. Nachher stellten sich reissende Schmerzen im Kopfe und Nacken, Gefühl von Taubsein und Schwäche in der rechten Hälfte der Oberlippe, Schwerhörigkeit

auf beiden Ohren, mit abnormer Feinhörigkeit für Töne und Geräusche (Hyperacusis) endlich Schwäche im Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ein.

Stat. praes. 25. Juli 1881. Am rechten Arme die Muskulatur des Vorderarms deutlich druckempfindlich, deutlich ausgesprochen ist die Druckempfindlichkeit im Verlaufe des N. ulnaris. Händedruck schwach. Bei forcirter Flexion im Handgelenk Tremor der Hand, bei forcirtem Händedruck Tremor des ganzen Armes. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leises Schwanken. Keine Ataxie. Bei starker Adduction des Fusses beiderseits Schmerz am Fussrücken. Subjectiv am Daumen und Zeigefinger der Hand, sowie am Rücken beider Füsse Taubheitsgefühl. Kniephänomen erhalten. Kein Fussphänomen. An den Gesichtsmuskeln rechts, welche die Oberlippe bewegen, geringe Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit. Am n. radial. des rechten Oberarms farad. Erregbarkeit herabgesetzt, ebenso im sup. long., weniger ausgesprochen im Extens. digit. min. und in den Mm. Radiales extern. long. et. brev. Am 15. August war die Empfindlichkeit des N. radial. auf Druck verschwunden. Oberlippe leichter beweglich. Gesteigerte galvan. Erregbarkeit zeigte im Oktober der N. median. am Oberarm. Pat. lebte noch einige Jahre. Die Erscheinungen gingen nicht vollständig zurück. Gegen März 1883 bekam er plötzlich beiderseitige Abducenslähmung und Oculomotoriuslähmung. Opthalmoscop. zeigten damals beide Augen Neuritis optica. Schliesslich Apoplexia retinae, Chorioiditis, Uraemie, Tod. Keine Section. —

Aus der Druckempfindlichkeit, besonders des ulnaris und radialis, den Störungen der Sensibilität und Motilität, den Anomalien der electrischen Erregbarkeit folgert Verf. die Existenz einer multiplen Neuritis. Selbstverständlich sind bei dieser Voraussetzung die Erscheinungen an den Gehirnnerven ebenfalls auf neuritische Vorgänge zu beziehen. Die Hyperacusis rührt von der Lähmung des N. stapedius her, die dem Tensor tympani zu einem gewissen Uebergewichte verhilft. Die gegen Ende des Lebens aufgetretenen Lähmungserscheinungen am Abducens und Oculomotorius werden ebenso gedeutet. Die constatirte Nierenerkrankung (Morb. Brightii) wird daher wohl nicht als einzige Ursache anzuschuldigen sein, sondern wahrscheinlich eine Uebertragung der seit langem erkrankten cerebralen Nerven auf abduc., oculomotor. und opticus, nach Art der von Klemm aufgestellten sprungweise auftretenden Neuritis, anzunehmen sein. Bei der in diesem Falle vorhandenen Hartnäckigkeit der Störungen im Gesichte muss an den Beruf des Patienten, welcher Flötist war, erinnert werden. Hirt betont die ätiologische Bedeutung der Berufsarbeit für die Entstehung multipler Neuritis.

Indessen, da auch Hirt's Fälle mit Fieber einsetzten, so ist doch wohl mehr an eine Infection zu denken und die Beschäftigung lediglich als prädisponirendes Element für die specifische Localisation der Erkrankung an einzelnen Körpertheilen heranzuziehen. Bemerkenswerth ist ferner an diesem Falle der gänzliche Mangel von Atrophie am rechten Arme trotz der motor. Schwäche.

Beobachtung III. W. St., 39 Jahre alt, ohne hereditäre neuropathische Disposition. Seit 2 Jahren Gefühl von Frost und etwas Schmerz in den Knieen. Vor 4 Wochen unter mässigen Fiebererscheinungen erkrankt, 8 Tage zu Bett

gelegen. Während dieser Zeit ab und zu reissende Schmerzen, von dem Nacken nach abwärts strahlend, Gefühl von Pelzigsein an den Unterschenkeln und Fussrücken, nachher Müdigkeit und Schwäche in den Beinen. Erscheinungen verloren sich, nur die Schwäche nahm zu. Daneben Abnahme der Potenz.

Stat. praes. 30. März 1883. Muskulatur der Oberschenkel, mit Ausnahme der Unterschenkelbeuger sehr schlaff, für Druck sehr empfindlich. Beuger an der Rückenfläche der Oberschenkel straffer und für Druck weniger empfindlich. Wadenmuskulatur schlaff und druckempfindlich. Tastkreise am rechten Unterschenkel erheblich erweitert. Leises Aufsetzen der Zirkelspitzen verursacht heftigen Schmerz, ebenso an beiden Oberschenkeln und Fussrücken. An der Wade deutliche Verlangsamung der Schmerzleitung. Doppelempfindung. Faradocutane Sensibilität an der rechten Wade deutlich herabgesetzt. Cremaster- und Bauchreflex undeutlich. Glutealreflex rechts vorhanden, links fehlend, kein Fussphänomen, beiderseits paradoxe Contraktion des Tibialis anticus. Kniephänomen rechts fehlend, links schwach. Mechanische Erregbarkeit am M. quadriceps femoris beiderseits erheblich gesteigert. Fibrilläre Zuckungen in demselben. Am 12. April ergibt die Untersuchung, dass die Hyperästhesie der Haut an den Unterextremitäten sich zum grössten Theil verloren hat, Muskelhyperästhesie nicht. Ende April nahezu geheilt. Die elektrische Exploration ergab EaR. in einer Anzahl von Muskeln, daneben geringere Erregbarkeitsveränderungen in anderen.

In der Epicrise wird vom Verf. eingehend die Diagnose dieses Falles erörtert, bei welchem ja viele Momente für ein spinales Leiden sprechen. Die Combination von motorisch-trophischen Störungen mit denen der Sensibilität weisen mehr auf eine Erkrankung der peripheren Nerven hin. Ferner zeigt weder die Localisation der motorischen Störungen und der Erregbarkeitsveränderungen gewisse Typen, wie sie von Remak bei spinalen atrophischen Lähmungen aufgestellt sind, noch spricht das Befallen einzelner Muskel- und Nervengebiete von trophischen Störungen und Erregbarkeitsveränderungen und das Freibleiben anderer für Poliomyelitis.

Verf. fand ausgesprochene EaR. in beiden Cruralis- und Tibialisgebieten, Andeutung von EaR beiderseits im Obturatorius- und im rechten Ischiadicusgebiete, dagegen im linken Peronaeusgebiete an den Muskeln völlig normale Erregbarkeitsverhältnisse und im rechten Peronaeusgebiete nur geringe Anomalien. — Die Potenz kann auf einer functionellen Störung beruhen, zusammenhängend mit der herabgesetzten Allgemeinernährung. Beachtenswerth ist das Verhalten der Mm. sartorii. Es fand sich neben faradischer Unerregbarkeit bei galv. Reizung normale Zuckungsformel und blitzartige Contraction statt der erwarteten EaR (allerdings bei herabgesetzter Erregbarkeit), Dies von Adamkiewicz in einem Falle von amyotrophischer Bulbärparalyse beobachtete und mit dem Namen „isogalvanische Reaction“ belegte Verhalten soll nach diesem Autor nur bei solchen neurotischen Muskelaffectionen vorkommen, in welchen die Muskelfibrille aus irgend einem Grunde gesund bleibt trotz Degeneration ihrer Nerven. Dem Verf. scheint jedoch die Sache nicht so einfach zu liegen. Es ist ihm wahrscheinlicher, dass wir neben der Degeneration der Muskelnerven es mit Veränderungen der contractilen Substanz zu thun haben,

die jedoch nicht weit genug fortgeschritten sind, um einen veränderten Reactionsmodus bei Einwirkung länger dauernder galvanischer Ströme herbeizuführen. Die Vermuthung liegt nahe, die functionelle Ausnahmestellung der Sartorii, die sich nicht den übrigen Muskeln des Cruralisgebietes, sondern den Beugern am Oberschenkel anschliessen, in eine gewisse Beziehung zu dem in Rede stehenden exceptionellen Verhalten zu bringen. Den Eisenlohr'schen Satz, dass auch im Verlauf peripherer Nervenstämme functionell zusammgehörige, wenn auch nicht direkt benachbarte Nervenfasern gemeinschaftlich erkranken können, variirt Verf. dahin, dass functionell nicht zusammengehörige, wenn auch direkt benachbarte Nervenfasern nicht gemeinschaftlich oder wenigstens nicht in gleicher Weise erkranken müssen. Aussergewöhnlich bei nicht alkoholischer Form multipler Neuritis ist auch die schnelle Heilung, wie sie in diesem Falle erfolgte.

Beobachtung IV ist im Archiv f. Psych. u. Nervenkr. 15. Bd. 2. Heft 1884 abgedruckt und in diesem Centralbl. 1884, pag. 538 referirt. Es muss hinzugefügt werden, dass nach dem Erscheinen der Arbeit von Déjérine, Verf. in einem Nachtrage seine Auffassung, dass es sich in diesem Falle um eine spinale Erkrankung mit secundärer Betheiligung der peripheren Nerven handle, fallen liess, und ihn als multiple Neuritis erklärte.

(Schluss folgt.)

Goldstein (Aachen).

---

250) **Grainger Stewart:** An introduction to the study of the Diseases of the Nervous System. (Edinburgh 1885. pp. 237.)

251) **Clifford Allbutt:** On visceral Neuroses. (London 1884. pp. 103.)

252) **David Drummond:** Diseases of the Brain and Spinal Cord: a guide to their pathology, diagnosis and treatment. (London 1884. pp. 374.)

253) **Byrom Bramwell:** Diseases of the Spinal Cord. Second Edition. (Edinburgh 1884. pp. 359.)

Professor Grainger Stewart, der schon seit Jahren als Professor der klinischen Medicin an der Universität Edinburg wirkt, und sich durch ein Werk über Nierenkrankheiten auch in weiteren Kreisen bekannt gemacht hat, gibt uns in dem vorliegenden Buche eine Einleitung zum Studium der Nervenkrankheiten, welche sich durch Kürze und Klarheit sowie durch systematische Behandlung auszeichnet. Das Buch ist aus Vorlesungen hervorgegangen, welche der Verf. an der Universität gehalten hat, und besteht aus 14 Kapiteln, von denen die drei ersten die medicinische Anatomie des Nervensystems behandeln, und mit einer grossen Anzahl erklärender Abbildungen versehen sind, welche das Verständniss der hier in Betracht kommenden Punkte beträchtlich erleichtern. Die nächsten drei Kapiteln behandeln die Sensibilität, und deren verschiedenen Störungen in den Nervenkrankheiten; darauf folgen die motorischen Functionen, mit einem besonderen Kapitel über Elektrodiagnostik; die vasomotorischen, secretorischen und trophischen Functionen; die cerebralen und geistigen Func-

tionen, mit einem besonderen Kapitel über Sprache, und schliesslich die Behandlung der Nervenkrankheiten. Es ist also ein Buch was man in Deutschland als „allgemeine Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten“ bezeichnen würde. In einem solchen Werke erwartet man natürlich keine originellen Untersuchungen und Beobachtungen, und ist es besonders die interessante Art und Weise in welcher der Studirende in ein schwieriges Kapitel der Medicin eingeführt wird, welche dasselbe auszeichnet. Für „Studenten in höheren Semestern“ ist dasselbe daher besonders zu empfehlen, doch dürfte es auch wenige praktische Aerzte geben, welche nicht grossen Vortheil aus der Lectüre eines Buches schöpfen würden, welches mit so grosser Sachkenntniss geschrieben ist.

Ganz verschieden hiervon ist das kleinere Buch von Clifford Allbutt über Viscerale Neurosen (2). Allbutt ist einer der ausgezeichnetsten und geistreichsten Provincialärzte in England und hat durch langjährige Thätigkeit an dem Hospital in Leeds, in Yorkshire, sowie in einer sehr ausgebreiteten consultativen Privatpraxis sich eine genaue Bekanntschaft mit Nervenkrankheiten in allen ihren Phasen erworben. Dazu ist er ein sehr lebhafter kritischer Kopf der sich nicht leicht ein X für ein U machen lässt, und beim Tadeln gewisser Phasen und Strömungen der modernen Medicin kein Blatt vor den Mund nimmt. Obwohl daher die vorliegenden Vorlesungen den sog. visceralen Neurosen gewidmet sind, so liegt doch der Schwerpunkt derselben in einem energischen Protest gegen den modernen Schwindel der in der Praxis der Gynäkologie getrieben wird. Das Buch ist mit viel Witz, Sachkenntniss und hin und wieder sittlicher Entrüstung geschrieben, und hat einen ausserordentlichen Vorzug: es ist von Anfang bis zu Ende interessant. Die folgende Stylprobe wird besser als irgend etwas das wir selbst hinzufügen könnten, die Art und Weise kennzeichnen, in welcher der Verf. gewisse moderne Ausschreitungen geisselt: —

„L'utérus c'est la femme ist ein Sprüchwort welches in unserer Zeit eine neue Entwicklung durchgemacht hat; denn wenn man auch mehr aus Höflichkeit denn aus Ueberzeugung zugibt, dass die Frauen noch ein paar andere Organe haben, so sind diese letzteren jedenfalls nicht von der geringsten Bedeutung und können deshalb vollständig übersehen werden. Leidet z. B. eine Frau an Neuralgie, so sagt man ihr entweder, dass sie hysterisch ist, oder dass die Gebärmutter die ganze Schuld trägt. In dem ersten Falle kann sie sich noch Glück wünschen, denn sie wird dann blos über die Achsel angesehen; in dem anderen Fall aber wird sie in dem Netze des Gynäkologen gefangen, der findet dass ihr Uterus, wie ihre Nase etwas nach der Seite verschoben ist, oder dass er, wie jenes Organ auch mitunter, etwas „läuft“, oder dass er so schlaff ist wie ihr Biceps, so dass das unselige Organ auf einem Stock gepfählt, oder einen Stab gehisst, oder mit Carbolsäure angestrichen wird, und dass dies jede Woche einmal geschehen muss Jahr aus Jahr ein, mit Ausnahme der 6 Wochen im Spätsommer, wenn der Gynäkologe in Schottland auf die Jagd oder den Fischfang

geht, oder als Modeheld im Engadin herumstolzirt. Alle Gedanken der Frau fixiren sich inzwischen auf ein mehr oder weniger ekliges Geheimniss, sie denkt an nichts als wie es wohl in ihrem Unterleibe aussieht, und die Ketten der Krankheit werden immer enger um sie geschlossen. Fassen Sie den Uterus an, und Sie werden den Pfeil der Hypochondrie vielleicht lebenslang in der armen Frau fixiren.“

In den folgenden Vorlesungen discutirt unser Verf. die Neuralgieen des Magens, des Unterleibes, der Leber und der Niere, und die Behandlung dieser Zustände in demselben lebendigen Styl.

Drummond's Buch über Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks (3) ist ein gutes, und lebhaft geschriebenes Compendium, welches besonders für Studenten, und auch für praktische Aerzte, welche den neueren Forschungen im Gebiete der Neurologie nicht haben folgen können, bestimmt ist. Die Beschreibung der einzelnen Krankheiten hält sich an das Wesentlichste, und die Therapie gibt gute praktische Winke. Eine ziemlich grosse Anzahl von Abbildungen erhöht den Werth des vorliegenden Buches.

Mit der Besprechung der zweiten Auflage des Buches von Bramwell über Rückenmarks-Krankheiten (4) können wir uns um so kürzer fassen, als wir bereits beim Erscheinen der ersten Auflage in diesen Blättern berichtet haben, und auch weil das Buch seitdem ins deutsche übersetzt worden ist. Wir wollen daher nur bemerken, dass der Verf. bemüht gewesen ist alle Bereicherungen unserer Kenntnisse in diesem Zweige der Medicin zu verwerthen, und auch viele neue Abbildungen hinzugefügt hat. Eine Anleitung zur klinischen Untersuchung der sog. Eisenbahn-Fälle ist gleichfalls neu.

Althaus (London).

---

254) **Erlenmeyer:** Ueber statische Reflexkrämpfe.

(Leipzig bei Th. Thomas 1885. 48 S. II. vermehrter Abdruck. M. 1,60.)

Im Anschluss an den in Nro. 1 und 2 dieses Jahrgangs des Centralblattes mitgetheilten Fall von statischem Reflexkrampf behandelt E. unter Berücksichtigung der bis jetzt vorhandenen Casuistik monographisch die statischen Reflexkrämpfe. Bis jetzt sind 15 Fälle des Leidens beschrieben: Bamberger (2) Beigel, Guttmann (2) Eulenburg, Frey, Chouppe, Gowers (2) Petrina, Oserezkowsky, Jacob, Kast, Kollmann; ausserden giebt Erb (Lehrb. der Rückenmarkskr. S. 808) eine eingehende Schilderung. Das allen Fällen Gemeinsame ist das Auftreten von Krämpfen bei Versuchen zur Locomotion des Körpers, besonders zum Gehact. Eine besondere Form der statischen Krämpfe sind die von Bamberger mit dem bezeichnenden Namen der „saltatorischen“ Krämpfe belegten, in welchen ein Emporschleudern des Körpers, Hüpfen oder Springen stattfindet, welches nach E. auf Contractionen des Quadriceps und des Gastrocnemius (isolirt oder beide zusammen) beruht. Stets bestehen neben den statischen Krämpfen noch andere Krampferscheinungen der verschiedensten Art und Intensität. *In allen Beobachtungen findet sich eine grosse Steigerung der Reflexerregbarkeit,* sowohl der Hautreflexe

als auch der Muskel- und Sehnenreflexe. Erb hat zuerst (l. c. S. 814) auf eine mögliche Beziehung der Steigerung der Sehnenreflexe zu der Natur des Leidens aufmerksam gemacht. Leider fällt ein grosser Theil der Beobachtungen in eine Zeit, in der man das Symptom der Sehnenreflexe noch nicht kannte. Nur in *einem* der Fälle, (Petrina) wo die Sehnenreflexe geprüft wurden, ist ein Erloschensein derselben constatirt; indess handelt es sich in diesem Fall um eine der acuten Ataxie ähnliche Erkrankung mit Coordinationsstörungen (die Muskelreflexe waren hinwiederum in diesem Falle sogar gesteigert; man müsste vielleicht nach E. getrennte Bahnen der beiden Reflexe annehmen). Sonst fehlen für gewöhnlich Coordinationsstörungen, ebenso Sensibilitätsstörungen. Die eigentliche Bewegungsfähigkeit, die grobe Muskelkraft und der Muskelsinn sind ebenfalls normal.

Aetiologisch werden die heterogensten Dinge beschuldigt, allgemein scheint sich neben den mehr occasionellen Momenten eine Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems überhaupt, oder Anämie und allgemeine Schwäche zu finden. Die *Natur des Leidens* anlangend, so kommt E. auf Grund der in der Epikrise seines Falles im Centralblatte bereits gegebene Ausführungen zu dem Schlusse, dass die *statischen Reflexkrämpfe als eine maximale Steigerung der Sehnenreflexe aufgefasst werden müssen; sie sind ein verschiedenen Spinalaffectionen zukommendes Symptom.* Hypothetisch localisirt dann schliesslich E. den *Sitz der Erkrankung in die Vorderhörner des Rückenmarks*: hier als an dem Orte der Uebertragung der centripetalen Reize in centrifugale Action hat eine erhöhte Erregbarkeit und damit ein leichteres Uebertragen der Reflexe statt; diese nur von einem Wegfall der in der cerebrospinalen Leitungsbahn verlaufenden Reflexhemmung (etwa durch cerebrale Erkrankung) herzuleiten, trägt E. selbst Bedenken, und zwar wegen der so ganz ausserordentlichen Reflexsteigerungen; es müsste wohl eine directe (wahrscheinlich blos functionelle) *Ganglienzellen-Erkrankung* angenommen werden.

Ueber die Natur derselben lassen sich bis jetzt nicht einmal Vermuthungen anstellen. Diese Localisation erklärte auch die degenerative Atrophie der zugehörigen Muskeln, die sich in E.'s Fall und bei einigen anderen Autoren fand. Auch bei den Beschäftigungskrämpfen mit Atrophieen wäre vielleicht diese Localisation anzunehmen, nur dürfte bei diesen die Ganglienzellen-Erkrankung meist durch eine aufsteigende Neuritis entstehen.

Die *Prognose* scheint nicht grade ungünstig zu sein, von den bis jetzt beschriebenen 16 Fällen heilten 7, besserten sich 4, zu letzteren rechnet E. seinen Fall.*) Freilich dauert das Leiden meist viele Monate, nur in einem Falle von Gowers verschwand das Leiden in 3 Tagen.

Therapie: Bekämpfung der spinalen Reflexerregbarkeit: absolute Ruhe, womöglich Bettlage, kühle Sitzbäder, absteigender galvanischer Strom, innerlich Bromsalze in grossen Dosen; Dehnung etwaiger Con-

*) Jetzt vollständig geheilt. E.

tracturen; bei Verdacht auf myelitische Processe Behandlung dieser mit Jodbepinselung, Blasenpflaster u. s. w.; Bekämpfung der Anämie und allgemeinen Schwäche. Schoenthal (Berlin).

---

255) **W. Page McIntosch** (Baltimore): Acute atrophic paralysis in the adult, with report of two cases caused by arsenic poisoning. (Acute atrophische Paralyse Erwachsener nebst zwei durch Arsenikvergiftung hervorgebrachten Fällen). (Vortrag vor der Clinic. Society. The medic. Record. 7. Februar 1885.)

Es werden 2 Fälle von Poliomyel. anter. acut. erzählt, deren Ursache anscheinend in einer Arsenikvergiftung lag. Dies ist auffallend, da nach Leyden durch Arsenik meist Neuritiden entstehen, die sich zwar gelegentlich in's Rückenmark fortsetzen, die aber gewöhnlich nur langsam sich entwickeln, und bei denen auch in der Regel, entgegengesetzt den in jenen 2 Fällen beobachteten Erscheinungen, Motilität und Sensibilität in gleicher Weise beeinträchtigt zu sein pflegen. Verf. bespricht kurz die Aetiologie, Symptomatologie etc. der Erkrankung, ohne Neues zu bieten. Voigt (Oeynhausen).

---

256) **Channing M. Page** (New-York): Lead-poisoning. (Bleivergiftung.) (Vortrag vor der Northwestern medic. and surgic. society. 20. Novbr. 1884.) (The medic. Record. 6. Dezbr. 1884.)

Es wird in diesem Vortrage kurz die Pathologie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung der Bleivergiftung besprochen. In letzterer Beziehung empfiehlt P. als bestes Mittel gegen Bleikolik subcutane Morphiuminjectionen, gegen die Stuhlverstopfung Crotonöl (am besten mit Morph. und Belladonn. zusammen), zur Eliminirung des Blei's Jodkali in verhältnissmässig kleinen Dosen (etwa 6 Wochen lang, falls noch keine Paralyse da ist), zur Beseitigung der Atrophie und Paralyse den galvanischen Strom (3 mal wöchentlich), eventuell, wenn alle andere Electricitätsmethoden nichts nützen, den ca. 6 mal in der Minute unterbrochenen constanten Strom (negativer Pol auf mittlere Halswirbelsäule, positiven je 2 Minuten auf die betreffenden Muskeln). — Betreffs des Bleisaums am Zahnfleische führt P. an, dass ein solcher in 43 von ihm, Swist, Séguin u. A. beobachteten Fällen nur 10 mal vorhanden war; nach seiner Meinung hat derselbe Nichts mit Blei zu thun, sondern hängt nur von schlechten Zähnen ab (?). Unter 28 Fällen mit Paralyse trat dieselbe 17 mal zuerst in der rechten Hand auf; in 21 derselben waren beide Arme befallen.
Voigt (Oeynhausen).

---

257) **Louis Kolpinski** (Washington): A case of traumatic tetanus. (The medic. Record. 7. Februar 1885.)

Bei einem 7jährigen Kinde trat am 6. Tage nach einer Gesichtsverletzung durch Hufschlag linksseitige Facialisparalye (Neuritis ascendens?), 8 Tage später Trismus und Tetanus auf, der in der ganzen Körpermuskulatur zur Erscheinung kommend, 34 Tage in ungeminderter

Heftigkeit andauerte. Die Spasmen traten unter Andern auf nach Schlaf. Einstichen in die Haut behufs subcutaner Jnjection, Versuchen den Mund zu öffnen oder sich zu räuspern etc. Vom 22. bis 25. Tage starke Schweisse mit Sudamin., Blase und Darm stets in Ordnung, weder Eiweiss noch Zucker im Urin. Die Behandlung bestand hauptsächlich in Eingiessungen (nach Auswaschung des Darmes) einer Mischung von Chloral, Bromkali; Calabarbohnenextract und Whiskey; dabei Milch per anum et os. Erfolg stundenlanger Schlaf. Vom 16. bis 34. Tage Symptome wie ein Delir. tremens. Schnelle Heilung.

Voigt (Oeynhausen).

---

258) **G. Palmer** (Oakbowery, Alb.): Treatment of chronic-hydrocephalus by tapping — a successful case. (Behandlung des chronischen Hydrocephalus durch Wasserabzapfung — ein erfolgreicher Fall.)
(The medic. Record. 27. Dezember 1884.)

Kopfumfang eines noch nicht einjährigen Negerknaben 26 Zoll, Augen vorgetreten. Durch die Canüle des in die vordere Fontanelle eingeschlossenen Troikarts werden 8 Unzen Flüssigkeit entleert, dann die Kopfknochen durch einen Verband zusammengedrückt, die Wunde mit Watte bedeckt; aus derselben lässt man zeitweise Hirnflüssigkeit abfliessen bis alles entfernt ist (?). Geringes Fieber; bald Wohlbefinden des Kindes. Näheres über den Verlauf fehlt: es wird angegeben, dass sich weiterhin die Kopfknochen schnell zu vereinigen scheinen und dass das Kind wächst.

Voigt (Oeynhausen).

---

259) **Fischer** (Pforzheim): Zur Lehre vom epileptischen Irresein.
(Arch. f. Psych. u. Nervenheilkunde XV. 3. p. 740.)

Der Verf. knüpft seine Ansichten über die Epilepsie der Frauen an 2 ausführlich mitgetheilte Krankheitsfälle: Epileptische Krämpfe mit postepileptischem Irresein. Allerdings sind die geschilderten Krankheitserscheinungen an sich nicht ungewöhnlich, vielmehr typisch in ihrem Verlauf zu nennen, doch ist die Lectüre wegen der sorgfältigen Beobachtung und detaillirten Wiedergabe empfehlenswerth. Wenn der Verf. sich gegen die Ansicht Samt's wendet, dass das epileptische Irresein der Frauen *immer* einen hysterischen Character habe, so kann man ihm nur zustimmen, da es zweifellos auch bei Frauen *rein epileptische* Delirien giebt, wenn auch die Mischformen mit „Hysterie“ sehr häufig sind. Die Entscheidung im Einzelfalle wird natürlich immer discutirbar sein — zumal durch eventuellen pathologisch-anatomischen Befund bei dem Mangel characteristischer Krankheitsveränderungen eine Correctur nicht ausgeübt werden kann. Giebt es doch auch Krampfanfälle, deren Rubricirung unter den einen oder anderen Krankheitsnamen trotz genauer Beachtung der Einzelsymptome nicht möglich ist. In letzterer Beziehung möchte Ref. hier eines Unterscheidungsmerkmals zw. hysterischem und epileptischem Anfall erwähnen: Während meines Aufenthalts an der Irrenanstalt Dalldorf, in der sich etwa 150 epileptische Frauen befinden, habe ich häufig während des Status epilepticus Chloroformnarkose mit nach-

folgenden Morphiuminjectionen angewendet. Während bei rein Epileptischen die Narkose *nie* eine typische ist, z. B. ein Excitationsstadium bei den soporösen Kranken fast nie auch nur angedeutet ist, beobachtete ich bei zwei Patientinnen, die — bei sonst hysterischem Habitus — in einen Zustand verfielen, der dem Status epilepticus durchaus gleich sah, einen *classischen Ablauf der Chloroformnarkose* mit typischer Excitation. Der Umstand, dass beide Frauen sich auffallend rasch nach den anscheinend schweren Insulten erholten, konnte bestätigen, dass dieselben keine echt epileptischen gewesen waren.

Der Verf. bestreitet im weiteren Verlauf der Arbeit die von Fürstner und Helming vertretene Ansicht, dass epileptisches Irresein ohne Bewusstseinsstörung resp. Erinnerungsdefect vorkomme. Nach meinen Beobachtungen theile ich eher die Meinung der letzteren Autoren. Die Zustände welche als „epileptisches Irresein" bezeichnet werden müssen, schwanken von den leisesten Bewusstseinstrübungen, die sich nur durch leichte Verwirrtheit mit nachfolgender detaillirter Erinnerung, äussern, bis zu den vollkommensten Traumzuständen mit absoluter Amnesie. — Leider giebt es keinen absoluten Indicator für den Grad einer Bewusstseinsstörung, das eingehendste Krankenexamen, giebt oft keine Aufklärung, am besten gewinnt man noch ein Urtheil wenn man das ganze Auftreten und die Gewohnheiten eines Kranken in Betracht zieht, die natürlich im gesunden Zustande genau bekannt sein müssen — *hochgradige* Erinnerungsdefecte werden höchstens in der Hälfte der Fälle von epilept. Irresein gefunden und meines Erachtens legt die forensische Medicin — wie man in jedem Handbuch lesen kann — ein viel zu grosses Gewicht darauf.

Langreuter (Eichberg).

---

260) **Westphal** (Berlin): Ueber einen Fall von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allg. Paralyse. Frühzeitige Diagnose durch Nachweis des Fehlens des Kniephänomens. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XV. 3. p. 731.)

Ein früher syphilitisch inficirter Mann, der immer etwas erregter Natur war, erkrankte im 45. Lebensjahre an allgemein hypochondrischen Erscheinungen mit zeitweiligen Angstzuständen. Während *weiter kein spinales Symptom* vorhanden war, *fehlte das Kniephänomen.* Nach etwa 2 Jahren begann eine doppelseitige Opticus-Atrophie die in Verlauf von weiteren 2 Jahren zu vollständiger Erblindung führte. Dann trat plötzlich ein heftiges maniakalisches Grössendelirium ein mit Andeutungen von Sprachstörungen, in welchem der Tod erfolgte, ohne dass es während des ganzen Krankheitsverlaufes zu atactischen Erscheinungen und Gehstörungen gekommen wäre, und ohne dass — abgesehen von leichten Blasenbeschwerden — bemerkenswerthe Schmerzen bestanden hätten. Auf Grund des Fehlens des Kniephänomens war die *Diagnose* mit Sicherheit auf eine *Affection der äusseren Theile der Hinterstränge* an dem Uebergange vom *unteren Brust-* zum *Lendentheile* resp. *am oberen Lendentheil* gestellt worden. Diese Diagnose

wurde durch die Section vollkommen bestätigt. Es fand sich Oedem der Hirnhäute, Atrophie der Optici und eine Degeneration im gesammten Verlauf der Hinterstränge, welche, am *ausgeprägtesten* im lateralen Theil, bei Weitem *am meisten vorgeschritten* im *unteren Dorsaltheile* war. — Mit Bezug auf die Aetiologie des Falles betont W., dass er auch hier der Syphilis keinen bestimmten Einfluss zuerkenne. Er macht aber darauf aufmerksam, dass man bei Erhebung der Anamnese von Paralytischen häufig finde, dass diese lange Jahre vorher als krankhaft erregte sich selbst überschätzende Menschen bekannt waren; bei der so häufigen Combination der Paralyse mit der grauen Degeneration der Hinterstränge liege es nur nahe anzunehmen, dass bei vielen Menschen von vorne herein eine Disposition zur Erkrankung von Gehirn und Rückenmark bestände. Die fortschreitende Entwickelung des Krankheitsprozesses sei dann gleichsam eine Function der Zeit, analog wie sich z. B. unter „physiologischen" Bedingungen Altersveränderungen im Organismus einstellten.

Langreuter (Eichberg).

---

261) **Gilles de la Tourette:** Jumping, Latah, Myriachit. (Arch. de Neurol. 1884. vol. 8. Nro. 22.)

Beard beschrieb 1881 einen bei im Uebrigen gesunden Individuum (in den Vereinigten Staaten, besonders im Staate Maine) beobachteten Symptomcomplex, der im wesentlichen aus einer ungemein gesteigerten Erregbarkeit der Kranken bestand, die bei der geringsten Erregung einen Sprung (Jumping) machten, jeden ihnen zugerufenen Befehl oder sonstige vorgesprochene Worte zwangsweise mit lauter Stimme wiederholen und dem erhaltenen Befehl mit unwiderstehlicher Gewalt Folge leisten müssen. Das Leiden scheint häufig auf heriditärer Basis zu entstehen: In einer Familie fanden sich fünf, in einer anderen drei „Springer" („Sauteurs"). Ein analoger Zustand wurde von einem Reisenden, einem Nichtarzte, O'Brien in Asien bei malayischen Völkerstämmen beobachtet und genau beschrieben (J. of the Straits branch of the royal asiatic Society Singapore 1883). Die Malayen haben für das Leiden und auch für das davon befallene Individuum den Ausdruck „Latha". Hammond (Union méd. 1884 April) berichtet nach den Erzählungen amerikanischer Marineoffiziere von einem in Sibirien in besonders strengen Wintern bei vielen Individuen beobachteten Zustand, in dem dieselben gezwungen sind, alle ihnen vorgemachten lauten Geräusche, Gesten, Befehle getreu nachzuahmen, bezw. nachzusprechen und das Befohlene mit unwiderstehlichem Zwange auszuführen: Die Russen nennen den Zustand „Myriachit". Hammond bringt denselben (mit welchem Rechte, ist nicht ersichtlich. Ref.) in Beziehung zu der von deutschen Autoren beschriebenen „Schlaftrunkenheit".

G. hat nun auf der Charcot'schen Klinik einen Fall beobachtet, der in die Kategorie der soeben beschriebenen Zustände zu gehören scheint. Es handelt sich um einen 13 jährigen normal entwickelten

Menschen, der eine hochgradige Erregbarkeit, sowie eigenthümliche Anfälle von stossenden Zuckungen des Kopfes und Rumpfes zeigte. Am Schlusse jedes Anfalles ruft er stereotyp mit lauter Stimme ein bestimmtes Wort, ferner wiederholt er echoartig, wenn man zu ihm spricht die 2 oder 3 letzten Worte des gesprochenen Satzes. Während des Druckes der Arbeit sah G. einen zweiten Fall, dessen Wiedergabe nebst genauer Analyse des besprochenen Leidens er in einer demnächst erscheinenden Arbeit in Aussicht stellt. Schoenthal (Berlin).

II. Aus den Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steyermark.

Sitzung vom 30. März 1885 in Graz.

262) **Franz Müller:** *Ueber einige interessante Sensiblitätsstörungen bei Hysterie.*

M. theilt die Gefühlsstörungen in circumscripte, allgemeine und halbseitige ein. Besonders eingehend entwickelt der Vortr. das klinische Bild der halbseitigen Gefühlslähmung, der Hemianästhesie. Der sehr verbreiteten Ansicht, dass die Störungen des cutanen Schmerzsinnes stets oder in der Regel mit solchen des Temperatursinnes einherlaufen, tritt M. auf Grund seiner klinischen Beobachtungen energisch entgegen. Bei hochgradigster cutaner Analgesie kann der Temperatursinn ganz intact und normal sein; ein deutlich sprechender Beweis dafür, dass auch für diese zwei verschiedenen Empfindungsqualitäten differente Nervenleitungen und Bahnen bestehen müssen.

Im grellen Gegensatze zu den Lähmungen der oberflächlichen Sensibilität steht die nicht selten scharf ausgesprochene Hyperästhesie der Eingeweide, besonders der Ovarien, die hysterogene Zonen bilden. Von den Lähmungen der sensoriellen Sensibilität würdigte M. die Gehörs- und Sehstörungen einer eingehenden kritischen Besprechung. Die Hemiacusie charakterisirt sich durch Aufgehobensein der Knochenleitung, sowie auch der Schallleitung für Flüstersprache und Stimmgabel — bei völlig normalem Befunde im Schallleitungsapparate. Das andere Ohr zeigt zuweilen eine nicht unbeträchtlich gesteigerte Hörschärfe.

Die Sehstörung besteht in einer unilateralen Amaurose (dabei hat Müller des öfteren die interessante Thatsache demonstriren können, dass das amaurotische Auge den Bewegungen einer Lichtquelle, besonders einer etwas intensivern — manchmal aber auch Handbewegungen folgte — was M. für complicirte Reflexbewegungen erklärt) oder Amblyopie, die sich ausnahmslos durch eine allgemeine und concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Licht und Weiss auf *beiden* Augen, auf der hemianästhetischen Seite aber in einem stärkeren Grade charakterisirt.

Damit ist jederzeit eine allgemeine, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für die Farbenempfindungen verknüpft. Selten überschreitet die Rothgrenze die Weissgrenze.

Pupillarbewegung sowie Augenspiegelbefund sind stets normal. M. hält auf Grund seiner Untersuchungen die concentrische Gesichtfeldeinengung auf beiden Augen für ein nie fehlendes und desshalb höchst wichtiges Symptom der Hemianästhesia hysterica. Nie fand M. Hemianopie. Ganz die gleiche Sehstörung traf M. auch bei organischen Hirnleiden — sofern nur die Tractus optici und Hinterhauptslappen intact waren. M. hat seit 1878 über 50 Fälle mit Hemianästhesie perimetrirt. (Eine Reihe von conc. eingeengten Gesichtsfeldschemen werden demonstrirt).

Müller bezeichnet daher die Lehre Wernicke's in dessen Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, dass die Hemianästhesie stets nur von Hemianopie begleitet sein könne und müsse, als eine Irrlehre, die er mit aller Entschiedenheit bekämpft. Damit ist natürlich nicht behauptet, dass ein Krauker mit hysterischer Hemianästhesie nicht auch von einer Hemianopie gelegentlich befallen werden könnte — das wäre gerade so absurd, wie wenn Jemand sagen würde, eine Hysterische könne keine Fractur bekommen. Bis heute ist aber noch nie in einem uncomplicirten, hieher gehörigen Falle eine classische, wohl ausgebildete Himianopie constatirt worden. Die zwei publicirten scheinbar widersprechenden Beobachtungen halten keiner strengen Kritik Stand. Müller hat bislang die Schul-Hemianopie nur in Fällen von Tractus- oder Occipitallappenläsion beobachtet — nicht aber bei streng umschriebener Läsion der capsula interna u. zw. ihres hintersten Abschnittes.

Hinsichtlich der Pathogenese der concentr. Gesichtsfeldeinengung erklärt M. so wohl das Graefe-Munk'sche, sowie Charcot'sche Schema des Opticusfaserverlaufes für völlig unannehmbar — weil nichts erklärend; — desgleichen weist M. auch die Mauthner'sche Hypothese, dass die Sehstörung peripherer Natur sei, energisch zurück. Der ganz exceptiouelle Fall von Häddaeus, in dem die Reflexleitung im N. optic. noch erhalten war, während die Lichtleitung schon völlig unterbrochen war — sowie der noch seltenere des Vortragenden — wo bei completer Lähmung sämmtlicher äusserer Oculomotoriusäste und Amaurose in Folge Compression des Sehnerven durch ein Nasalsarcom (siehe Abstracts des intern. medic. Congresses London) die Lichtreaction normal war, können und dürfen nicht als Regel für die vielen hundert Fälle von Hemianästhesien hingestellt werden. — Ausfürlicheres darüber in der Publication in extenso des Vortrages.

Am Schlusse seines Vortrages demonstrirte M. ein Mädchen mit linksseitiger completer und totaler Hemianästhesie — nur der Temperatursinn war erhalten — und linksseitge Ovarialhyperästhesie. Leiser Druck löste von da aus sofort einen schweren hysterischen Krampfanfall mit lang anhaltendem Coma aus. Als Gegenstück stellte M. einen 46 jährigen Mann vor, der nach vor circa $4^1/_2$ Jahren erlittenem Hundebiss in die rechte Wade hysterische Wein- und Schreianfälle

bekam. Dieselben beginnen stets mit einer von der untern Extremität ascendirenden sensiblen Aura. An der grossen Zehe fand M. eine hysterogene Zone, von welcher aus er durch Streichen sofort den Anfall zur Auslösung bringt. Es ist bisher kein Fall bekannt gemacht, wo eine solche Aura resp. hysterogene Zone beobachtet worden wäre.

— r.

II. Congrès français de Chirurgie.

Sitzung vom 7. April 1885. (La semaine médicale Nro. 15, 1885.)

263) **J. Boeckel:** *Ueber die präventive Trepanation des Schädels.* Vortragender ist seit zehn Jahren bemüht, dieser zum Theil verlassene Operationen wiederum zu ihrem verdienten Ansehen zu verhelfen. Bei den Schädelfracturen mit Eindrücken lassen die stets vorhandenen Knochensplitter stets eine Meningitis befürchten. In solchen Fällen kann die präventive Trepanation allein den Kranken retten. Unter der Aegide der antiseptischen Methode führte diese Operation keine Unglücksfälle mehr herbei. Auch lässt sie die Gehirnfunktionen in ihrer ganzen Integrität. B. hat die Operation in acht geeigneten Fällen jedesmal mit glücklichem Erfolg ausgeführt.

264) **D. Mollière:** *Ueber späte Trepanation.* In denjenigen Fällen in denen cerebrale Symptome erst lange Zeit nach der Verletzung auftreten, findet sich zuweilen eine beträchtliche Hyperostose der Schädelknochen. Dadurch wird die Application des Trepans erschwert. Trotz Fehlen von Lokalisations-Phänomenen muss zum Trepan gegriffen werden, sobald sich cerebrale Störungen bemerkbar machen.

Demons berichtet über einen Fall, bei welchem die Lehre von der Localisation die schätzenswerthe Anzeige für's Trepaniren gab. In diesem Falle fehlte jede äusere Wunde oder Verletzung. Die nervösen Symptome und zwar die Aphasie und die Convulsionen dienten dem Chirurgen allein als Führer. Er konnte daher den Trepan richtig placiren, die Dura mater incidiren und zu dem hämorrhagischen Herd gelangen, der die Quelle der Leiden war. Es erfolgte schnelle und vollständige Genesung.

Bouvet spricht *über die Indicationen des Trepans* bei den verschiedenen Arten von Schädelfracturen. Die Operation ist — antiseptisch ausgeführt — inoffensiv und um so nützlicher, wenn sie als präventives Mittel in Anwendung kommt. —

265) **Tripier:** *Ueber Neuritis traumatica.* In zwei Fällen traumatischer Neuritis verschwanden die furchtbaren Schmerzen erst nach einer Amputation in dem einen und nach der Resection des Nerven in dem andern Falle.

266) **Nicaise:** *Ueber die Nervennaht.* Nach der Sutur des durchtrennten Nerven machte sich in einem Falle das Wiedererscheinen der Sensibilität und Mobilität schnell bemerkbar. Es verdient daher diese für den Verwundeten gefahrlose Operation empfohlen zu werden.

267) **Lagrange:** *Pathogenese und Aetiologie des Mal perforant.* L. theilt mehrere Beobachtungen mit, aus denen sich ergibt, dass das Mal perforant bald von einer mechanischen Compression abhängig ist und bald aus rein nervöser Ursache entstanden ist. In anatomischer Hinsicht ist das Leiden ein einziges. Es entsteht jedoch durch mannigfache Ursachen, welche sich mit einander combiniren und so verschiedene Formen von Mal perforant hervorrufen können.

Rabow (Berlin).

III. Société français d'otologie et de laryngologie.

Sitzung vom 3. April 1885. (La semaine médicale Nro. 16, 1885.)

268) **Moure:** *Ueber simulirte und nervöse Aphonie.* Ein junger Seminarist blieb in Folge von Masern aphonisch. Die laryngoskop. Untersuchung war schwierig, weil Pat. aus Furcht entlarvt zu werden, keinen guten Willen zeigte. Sie ergab jedoch absolute Intacktheit der Kehlkopfsschleimhaut und vollständige Annäherung der Stimmbänder. Letztere waren nicht nur im Contact, sondern sogar völlig gespannt während der Anstrengungen, welche Pat. machte, um den Anstritt der Stimme zu verhindern. Die übertriebene Contraction sämmtlicher Kehlkopfsmuskeln war deutlich offenbar. Einschüchterung so wie das Bewusstsein, dass die Simulation nun doch erkannt sei, veranlassten die sofortige Wiederkehr der Stimme.

In einem zweiten Falle handelt es sich um ein Kind, dass nach Masern aphonisch geworden war. Bei demselben ergab jedoch die Untersuchung des Kehlkopfes eine vollständige Lähmung der phonatorischen Muskeln. Diese Lähmung schwand bald nach Anwendung der Electricität. In diesem Falle war der Aphonie auch Heiserkeit vorausgegangen.

269) **Massei** (Neapel): *Ueber einen Fall von Chorea des Larynx*, der durch Cocain gebessert worden ist. Es handelt sich um ein 20 jähriges Mädchen, das an einem trocknen, bellenden und unwillkürlichen Husten litt. Nach erfolgloser Anwendung aller bisher bekannten Mittel, griff M. zu einer 20% Cocainlösung, mit welcher er den ganzen Larynx bestrich. Während der ersten 3 Tage nach Beginn dieser Behandlungsmethode konnte noch keine erhebliche Besserung constatirt werden. Die Patientin hatte am ersten Tage noch 120 Anfälle in einer Viertelstunde. Am 13. Tage konnte sie jedoch schon Neapel verlassen. Auf ihrer Reise wurde sie noch einmal von ihrem Husten ergriffen; derselbe wurde von Neuem mit Cocain erfolgreich bekämpft.

Fauel hat durch Luftveränderung die Chorea schwinden gesehen.

Rabow (Berlin).

IV. Pathological Society zu New-York.

Sitzung vom 12. Novbr. 1884. (The medic. Record. 13. Dezbr. 1884.)

270) **George A. Dixon:** *Pachymeningitis interna hemorrhagica with cerebral hemmorhage.*

Der betreffende Kranke, ein 33 jähriger Heizer, dem Trunke

ergeben, fiel, nachdem er seit 1/2 Jahr an täglich wiederkehrenden heftigem Froste mit folgendem Fieber und brennendem Kopfschmerze, seit 1/4 Jahr an Lues gelitten hatte, auf die linke Kopfseite und klagt danach sofort über Schmerz im Rücken und Epigastrium, zeigt ausserdem geringe Pupillenerweiterung, rechtsseitige Hemiplegie mit verstärktem rechten Patellarreflexe, geringer Anästhesie der ganzen rechten Seite, langsame Sprache; nach wenigen Tagen viel Schlaf, Stupidität, nächtliche Delirien, Erschwerung des Urinirens, Tod.

Sectionsbefund, wie in der Ueberschrift. — Verf. meint, dass die Pachymeningitis seit Jahren bestand (es fanden sich starke Pigmentablagerungen etc.), so dass das späte Auftreten erheblicher Hirnsymptome auffallend sei. Der Tod sei jedenfalls verursacht durch die frische Hämorrhagie (in die innere Kapsel).

In der Discussion sagt Séguin, dass er 2 Fälle von Pachym. kenne, in denen gleichfalls die Symptome der Erkrankung verhältnissmässig unbedeutend gewesen seien (hauptsächlich Kopfschmerzen verschiedener Art).

Aehnlich spricht sich Peabody aus, ja er habe sogar bemerkt, dass in manchen Fällen erst dann deutliche Symptome auftraten, wenn sich eine grössere Hämorrhagie hinzugesellt.

Voigt (Oeynhausen).

III. Tagesgeschichte.

Aus Berlin. Sanitätsrath Dr. Ideler, der verdienstvolle Director der städtischen Irrenanstalt zu *Dalldorf* hat nach 25 jähriger Dienstzeit aus Gesundheitsrücksichten seine Pensionirung nachgesucht und auch vom Magistrate erhalten.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, II. Arzt, 3000 M. und freie Wohnung etc. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und fr. Stat. 3) Wildbad (Katharinenstift, Geh. Hofrath Dr. von Renz), Assistenzarzt. 4) Eberswalde, zur Vertretung des 3. Arztes auf 3/4 bis 1 Jahr ein mit der Psychiatrie und dem ärztlichen Irrenanstaltsdienst vertrauter Arzt; sofort. Gehalt monatlich 200 Mark bei freier Station. Möglichkeit einer späteren definitiven Anstellung vorhanden. 5) Sachsenberg (Schwerin), III. Hilfsarzt; sofort, 1200 M. und fr. Stat. Evangelische Confession nöthig. 6) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1. Juli, 1440 M. Anfangsgehalt und fr. Stat. Verpflichtung auf 2 Jahre. 7) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und fr. Stat. 8) Dalldorf (Berlin), Director, 9000 M. etc. Meldungen an den Curator der Anstalt, Stadtrath Wolf in Berlin.

Besetzte Stellen. Obernigk, Assistenzarzt Herr Dr. Ernst Otto aus Hildesheim.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Juni 1885. Nro. 11.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin. II. Medicinische Gesellschaft zu Leipzig. III. Physiologische Gesellschaft zu Berlin.

II. Referate und Kritiken. Clevenger: Vergleichende Physiologie und Psychologie. Eine Erörterung der Entwickelung und Beziehungen des Geistes und Körpers von Mensch und Thieren. Löwenfeld: Ueber multiple Neuritis. Mieth: Ein Fall von acuter aufsteigender Spinalparalyse. Massey: Report of a case of sudden loss of vision following anaesthesie of de fifth nerve with remarks on the modifiging effect of anaesthesie on the galvanoreactions of the special senses. Legrand du Saulle: Ueber Spermatorrhoe. Berger: Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes. Reinhard: Beitrag zur Aetiologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Syphilis. Tigges: Behandlung der Psychosen mit Electricität. Salomon: Ueber Doppeldenken. Rieger: Zur Kenntniss von der progressiven Paralyse. Nasse: Ueber subcutane Eisenanwendung bei Psychosen. Landerer: Heilung einer Psychose unter dem Einfluss eines Erysipels des Kopfes. Fröhlich: Geisteskrankheiten und Selbstmorde in der Armee.

III. Personalien.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten zu Berlin.

Sitzung vom 11. Mai 1885.

271) **Westphal:** *Demonstration einiger Krankheitsfälle.*

a) Amyotrophische Lateralsclerose: Der 30jährige Patient, dessen Schwester stumm gewesen sein soll, bekam 1882 nach einer Erkältung Zittern und Schwäche in den Beinen, später auch in den Armen. Jetzt zeigt er Abmagerung der Beine, doch keine partiellen Atrophieen, bläuliche Farbe der Haut, Rigidität der Muskeln bei passiven Bewegungen, Andeutung von Fusszittern. Geringe willkürliche Bewegung der Beine unter Zittern möglich. Grobe Kraft ganz herabgesetzt. Stehen und Gehen unmöglich. Sensibilität normal. Kniephänomen gesteigert, im Anschluss daran ein längerer Zitterkrampf. Achillessehnenphänomen vorhanden. Muskelgefühl intakt. Die Arme sind auffallend mager, Hand in Beugestellung, beim Strecken spürt man

einen geringen Widerstand. Im Ellbogen ist kein Widerstand, jedoch in den Schultern. Schwund der Muskulatur im ersten und letzten Spatium interosseum, in den übrigen weniger. Ausserdem deutliche Atrophie der Musc. deltoidei. Am Rücken Schwund der Muskeln in der Fossa supraspinata. Die Bewegung der Hände und der Arme ist eine minimale, ohne Zittern. Die Sprache ist erschwert, etwas näselnd, langsam, die Artikulation undeutlich. Die Zunge kann nur wenig herausgestreckt werden und zeigt keine Atrophie. Ausserdem besteht eine Störung im Schlucken, die Speisen regurgitiren. Endlich ist bei dem Pat. Demenz vorhanden.

Vortrag. betont das Fehlen von Atrophieen an den Beinen, das Vorhandensein partieller Atrophieen an den Armen etc. Spastische Erscheinungen seien an den Beinen deutlich, an den Armen nur andeutungsweise vorhanden gewesen. Blase und Mastdarm seien intakt. Bulbäre Erscheinungen träten häufig zu den Affektionen der Seitenstränge und der Atrophie der grauen Substanz im oberen Theile des Rückenmarks. Ueber die Entstehung der Demenz lasse sich nichts sicheres sagen bei der mangelhaften Anamnese. Möglich sei auch, dass eine multiple Sclerose der Demenz und den anderen Erscheinungen zu Grunde liege.

In der Diskussion bemerkt Herr Westphal auf eine Anfrage des Herrn Mendel, dass die Muskeln und Sehnen der Oberextremitäten bei mechanischer Reizung nichts besonderes darböten, ebensowenig sei eine bemerkenswerthe Veränderung der elektrischen Erregbarkeit zu constatiren.

b) Im zweiten Falle handelt es sich um einen früher gesunden kräftigen Mann, der im Januar d. J. bei einem Eisenbahnunglück (Zusammenstoss) heftig geschleudert wurde, einige Minuten bewusstlos war und alsdann unter den Trümmern eines Waggons herausgezogen wurde. Er hatte keine Verletzungen, insbesondere nicht durch den Druck, erlitten und spürte in den ersten Tagen keine Schmerzen, wurde aber psychisch erregt. Am 3. Tage traten Schmerzen und Kriebeln in den Extremitäten auf, ferner Schwäche und Zittern in den Beinen. Zuweilen überfiel ihn eine Angst, so dass er zitterte, ausserdem erschrack er seitdem sehr leicht, hatte öfter unangenehme Erscheinungen, besonders solche, die an das Unglück erinnerten. Subjektiv bestanden Klagen über eigenthümliche Empfindungen in der Haut und den Gelenken. Das Bemerkenswerthe ist nun eine fast totale Anästhesie der Haut. Empfindung besitzen nur einige kleine Stellen an der Brust, dem Rücken, dem Penis und Scrotum und dem linken Oberschenkel. Die Gesichtsfelder sind ziemlich eingeschränkt, der Geschmack und Geruch fehlen, das Gehör ist links schlechter als rechts, war aber früher beiderseits gleich gut. In den Extremitäten besteht eine geringe motorische Schwäche und das Muskelgefühl ist etwas eingeschränkt. Beim Schliessen der Augen tritt Schwindel ein.

Vortrag. betont den besonderen Symptomencomplex im vorliegenden Falle, der im Anschluss an eine Erschütterung entstanden sei. Was eigentlich verletzt sei, darüber könne man nichts sagen.

Er verweist weiter auf ähnliche von Oppenheim und Thomsen beschriebene Fälle, die Charcot ins Gebiet der Hysterie verweisen wolle.

In der Discussion hebt Herr Oppenheim gegen Charcot hervor, dass doch ausser den psychisch-sensorischen Erscheinungen andere Symptome nicht hysterischer Natur in seinen Fällen vorhanden gewesen sind z. B. reflectorische Pupillenstarre, pathologische Veränderungen am Sehnerven, Gürtelgefühl und Blasenstörung. Auch die psychischen Veränderungen entsprächen nicht denen der Hysterie. Herr Sander fragt, ob epileptoide Zustände nach der Erschütterung beobachtet sei, was Herr Westphal verneint. Ferner will letzterer auf eine Anfrage Remak's hin es auch dahingestellt sein lassen, ob eine organische Erkrankung vorliege, und weist die Annahme der hysterischen Natur der Erscheinungen zurück.

c) Fall von Neuralgie im Gebiete des rechten zweiten Astes des Trigeminus. Es besteht dabei eine Affektion des Zahnfleisches in dem betreffenden Gebiet. Dasselbe zeigt eine starke Schwellung und Röthung, besonders zwischen den Zähnen, während die Oberfläche der letzteren wie gesprenkelt, schmutzig grün aussieht.

272) **Richter** (Dalldorf): *Ueber secundäre Degeneration des Pulvinar vom Occipitallappen aus.* (Autorreferat.)

Vortr. berichtet über einen Fall von linksseitiger Hemianopsie, welche circa $2^1/_2$ Jahre bestanden hatte. Es fand sich an dem sonst unveränderten Gehirn eine gürtelförmige Erweichung des rechten Occipitallappens und ein Schwund des Pulvinar derselben Seite. Vortr. hatte den Weg, welchen die Degeneration vom Occipitallappen aus nach dem Pulvinar hin eingeschlagen hatte, verfolgen können; er bestand aus zerfallenem, zum Theil bindegewebig entartetem, deutlich durch Fettkörnchenzellen gekennzeichnetem Gewebe. Dieses Gewebe zog an der Aussenwand des Seitenventrikels entlang, ausserhalb der Tapete unter dem Schwanz des Schwanzkernes weg in das Palvinar; die Corpora geniculata, die Corpora quadrigemina und der übrige Theil des Thalamus opticus zeigten durchaus nur normales Gewebe. Das betont Vort. v. Monakow gegenüber, welcher in zwei in den letzten Heften des Archivs für Psychiatrie publicirten Fällen annahm, dass auch das Corp. quadrig. sup. und Corp. gen. ext. vom Occipitallappen aus degenerirt seien; Vortr. kann die Stichhaltigkeit der Fälle von Monakow's nicht anerkennen.

Da in dem Falle des Vortr. auch die basalen Theile des rechten Schläfenlappens, wenn auch nur leicht, degenerirt waren, konnte er auch in diesen einen Zug Fettkörnchenzellen verfolgen. Diese zogen ebenfalls an der Aussenwand des Seitenventrikels nach aussen von der Tapete, hin, und tiefer als die „optischen" Bahnen, liessen ebenfalls die Corpora geniculata, namentlich das internum (und auch hierin stimmt der Vortr. nicht mit v. Monakow überein) vollkommen intact und zogen in das Tegmentum caud.; von da begaben sie sich nach der Mitte des Hirnschenkels, um vor dessen Eintritt in die Brücke zu verschwinden. Die Fasern aus der Spitze des Schläfenlappens

hatten um in das Tegment caud. zu gelangen, erst rückwärts ziehen müssen bis zum Corp. gen. ext., welches sie von hinten und unten umfassten, ehe sie zwischen ihm und dem Corp. gen. int. in das Teg. caud. gelangten.

Ausser den perimetrischen Aufnahmen legte Vortr. zwei Schnittscheiben der betr. Hemisphäre vor und zeigte an Zupfpräparaten die Intactheit der Corpora geniculata und das Zerfallensein des Pulvinar.

In der Discussion fragte Herr Westphal, ob doch nicht vielleicht das Pulvinar ebenfalls primär zerfallen sei, worauf Vortr. entgegnet, dass er mit Leichtigkeit den continuirlichen Zug der Degeneration vom Occipitallappen aus bis zum Pulvinar hätte verfolgen können, und dass die genaue mikroskopische Untersuchung des letzteren Nichts dargeboten hätte, was für eine primäre Erkrankung derselben spreche.

273) **Bernhardt** demonstrirt und empfiehlt den Hecker'schen *Bandrheostaten.* Otto (Dalldorf).

II. Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung vom 31. März 1885.

274) **Möbius:** *Ueber Migräne.* (Autorreferat.)

Der Vortr. will nur einige Punkte der Lehre von der M. besprechen. 1) Die M. wird bald als Sympathikuskrankheit, bald als „vasomotorische Neurose" bezeichnet, bald wird sie neben die Neuralgieen gestellt. Der Vortr. glaubt, dass nur *neben der Epilepsie die M.* ihren Platz finde. Beide Symptomenbilder können theils bei organischen Hirnkrankheiten, theils als reflectirte Neurosen, theils als selbstständige functionelle Neurosen vor. Beide treten explosionsartig in Anfällen mit kürzeren oder längeren Intervallen auf, beruhen, als idiopathische Leiden, auf angeborener, meist ererbter Anlage, beginnen im Jugendalter, zeigen sich bald in typischer Form, bald larvirt, sind nahezu unheilbar.

Die Häufigkeit *erblicher Anlage* bei M. ist ebenso wie bei der E., über allen Zweifel erhaben, und zwar handelt es sich meist um directe gleichartige Vererbung. Der *Beginn* der M. fällt meist in das Alter der sog. reiferen Jugend (etwa 15—25 J.), während die E. etwas früher zu beginnen pflegt, doch sind Fälle von M. im eigentlichen Kindesalter durchaus keine Seltenheit. Die Krankheit dauert dann meist während des grösseren Theiles des Lebens an, nimmt aber während der 2. Hälfte desselben an Intensität ab, erlischt oft bei Beginn des Seniums (bez. nach der Involution). Bei der M., dem ungleich harmloseren Leiden, fehlen schwere *Folgezustände*, welche bei der E. allzuoft beobachtet werden. Ob nicht doch häufige Anfälle einen gewissen Einfluss auf das psychische Verhalten im Intervall haben, sei dahingestellt. Hier wie dort rufen den einzelnen Anfall oft *Gelegenheitsursachen* hervor, wenn auch dieselben eine etwas grössere Rolle bei der M. als bei der E. zu spielen scheinen. Bekannt ist der Einfluss der Menses und anderer Vorgänge im Geschlechtsleben. Ausserdem stehen in 1. Linie Gemüthsbewegungen, in 2. Intoxicationen

(durch Alkohol, wahrscheinl. nicht selten durch Produkte des eigenen Stoffwechsels). Dem Status epilepticus kann man einen *Status hemicranicus* gegenüberstellen, wo ein Anfall fast unmittelbar dem anderen folgt und die Kranken 8, ja 14 Tage das Bett zu hüten gezwungen sind. Diese Häufung der Anfälle ist bei der M. allerdings seltner als bei der E. und bedroht dort nie wie hier das Leben. Die *Behandlung* ist quoad sanationem bei beiden Krankheiten nahezu gleich erfolglos. Zwar liegt die Sache bei der M. in sofern günstiger, als es oft gelingt, durch passende Gestaltung der Lebensverhältnisse das Leiden sehr zurückzudrängen, eine vollständige Heilung herbeizuführen ist aber auch hier meist unmöglich. Gegen E. besitzen wir bekanntl. im Bromkalium ein palliatives Mittel, welches selten im Stiche lässt. Charcot, die Verwandtschaft zwischen M. und E. erkennend, hat neuerdings empfohlen, auch gegen jene das Bromkalium anzuwenden. Nach seinen bisher. Erfahrungen kann der Vortr. nicht über besondere Erfolge dieser Therapie berichten. Dagegen scheint ihm das Natr. salicylicum ähnliche Dienste bei M. zu leisten, wie Bromkalium bei E.

Wie dem epilept. Anfall die sog. Aura, so gehen dem hemikran. Anfall nicht selten *Vorboten* voraus. In erster Linie ist hier zu nennen das Flimmerscotom in seinen verschiedenen Formen, sodann Ohrensausen, Stiche im Kopf, Niesen, Heisshunger, Frieren, allgemeine Abgeschlagenheit, psychische Verstimmung, beängstigende Träume.

Der epilept. Anfall kann ein typischer sein, oder es können nur einzelne Erscheinungen des Anfalls auftreten, oder es kann neben Andeutungen solcher ein Symptomencomplex sich zeigen, welcher die Krämpfe des classischen Anfalls vertritt (epilept. Aequivalent). In ähnlicher Weise scheinen dem Vortr. *unvollkommene hemikranische Anfälle und hemikran. Aequivalente* vorzukommen. Es ist bekannt, dass zuweilen das Flimmerscotom allein auftritt, der Vortr. glaubt beobachtet zu haben, dass gelegentlich Anfälle von allgemeinem Unbehagen, von Ermattung und Uebelkeit die hemikran. Anfälle vertreten. Die von Rossbach beschriebenen Anfälle von intensiver Säurebildung im Magen (Gastroxynsis) möchte der Vortr. als hemikranische Aequivalente betrachten. Diarrhoen nach Gemüthsbewegungen scheinen eine ähnliche Rolle spielen zu können. Gewiss werde die genauere Beachtung dieser Dinge weitere Aufschlüsse geben.

Wie bei der E. hat bei der M. im einzelnen Falle die *Diagnose* vor Allem zu entscheiden, ob es sich um einfache (idiopathische) oder secundäre (symptomatische) M. handelt. Ganz ebenso wie epilept. Anfälle, die erst im reifen Alter beginnen, Symptome des chronischen Alkoholismus, der progr. Paralyse, der Tabes, oder irgend einer Herdläsion des Gehirns zu sein pflegen, beobachtet man *späte M. als Zeichen organischer Hirnkrankheiten.* Diese Erkenntniss ist ein Gewinn der letzten Jahre. Man hat M. beschrieben bei progressiver Paralyse, bei Tabes und bei Herderkrankungen und zwar scheint nicht allzuselten die M. eins der ersten Symptome solcher schweren Leiden zu sein. Auch hat man Hirnkrankheiten direct an einen M.-Anfall sich anschliessen gesehen. Der Vortr. bespricht die Verhältnisse bei

Tabes und bei Herderkrankungen genauer und erwähnt eigene Beobachtungen. Die practische Regel ist, dass bei spätem Beginn der M. (und Fehlen der erbl. Anlage) die Untersuchung nach Anzeichen jener organischen Neuropathieen zu fahnden hat und dass selbst bei anfänglich negativem Befunde die Prognose mit Vorsicht zu stellen ist. Gewissermaassen zwischen der symptomatischen und der idiopathischen E. steht die sog. reflectirte E., welche als Wirkung eines peripheren Reizes auftritt und mit dessen Entfernung verschwindet. Bekanntlich rufen Narben verschiedenen Sitzes, Verletzungen des Ischiadicus etc. zuweilen epileptische Anfälle hervor, welche aufhören, sobald die Narben ausgeschnitten sind n. s. w. In ähnlicher Weise beobachtet man besonders bei chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut *reflectirte Migräne.* Diese Fälle sind neuerdings mehrfach besprochen worden und bei ihnen ist wiederholt durch Beseitigung des Nasenleidens die Migräne geheilt worden.

2) Wenn wir auch über die Natur der epileptischen Veränderung und über die Ursache des anfallsweisen Auftretens der E. so wenig wie über die hemikranische Veränderung und die Ursache der M.-Anfälle, d. h. gar nichts wissen, sind wir doch über die *Localisation* der E. einigermaassen orientirt und betrachten als den Ort der Reizung die Grosshirnrinde. Wie die M. zu localisiren sei, ist noch fraglich. Bezüglich der Grundlosigkeit der Sympathikushypothese verweist der Vortr. auf seine anderweitig gegebene Darlegung. Das Wesentliche der M. ist der Schmerz. Ursache des Schmerzes aber muss unter allen Umständen Reizung peripherer sensibler Nervenfasern sein. Nur der Trigeminus kann in Betracht kommen und vom Trigeminus wieder eigentlich nur die Durafasern (Nn. reccurrentes). Letztere können extracerebral oder intracerebral gereizt sein. Wie so eine Reizung der Dura selbst bei M. zu Stande kommen sollte, ist schwer verständlich. Viel leichter kann man sich vorstellen, dass im Gehirne Veränderungen eintreten, welche die zur Dura gehenden Trigeminusfasern reizen. Wie der Verlauf derselben ist, weiss man nicht. Der Vortr. sucht wahrscheinlich zu machen, dass sie in der absteigenden Trigeminuswurzel verlaufen, dass demnach eine *Reizung* dieser die Migräne darstelle. —

III. Physiologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 27. März 1885.

275) **Hr. Blaschko:** *Zur Lehre von den Druckempfindungen.*

Er hob die bislang nur wenig (Aubert und Kammler, Blix) gewürdigte Bedeutung der kleinen Wollhaare für die Tastempfindungen hervor und machte darauf aufmerksam, dass dieselben auch entwickelungsgeschichtlich als Analoga der Riffe und Furchen an der Hohlhand und den Fingern aufzufassen seien. An der ganzen behaarten Haut sind die Haare weit empfindlicher für minimale Druckreize, als die dazwischen liegenden Hautpartien, ja sogar empfindlicher als die Tastballen der Hände und Finger. Die Empfindungsstärke hängt ab von der Angriffsstelle des Druckes und der Richtung desselben, sie ist am stärksten, wenn der Druck in einer auf der Neigungsebene des Haares senkrechten

Richtung wirkt. Die Empfindung wird ausgelöst nicht durch eine einfach hebelnde Bewegung des Haares mitsammt dem Haarbalg, sondern durch ein Anstossen des Haares gegen den Balg, resp. die Haarpapille.

Die gesammte Tastfläche des menschlichen Organismus zerfällt in zwei Unterarten, von denen die eine einen reinen *papillären*, die andere vorwiegend *ciliaren* Bau aufweist. Die *papilläre Tastfläche*, zu der Hohlhand, Fusssohle, Finger und Zehen, Lippen, Zunge und Gaumen gehören, dient dem *directen*, die *ciliare*, welche die ganze übrige Hautfläche umfasst, dem *indirecten Tasten*.[1]) Die Analogien zwischen Gesichts- und Tastsinn erstrecken sich nicht bloss auf die Verschiedenheiten des Baues der directen und indirecten Sinnesfläche (Fehlen der Stäbchen in der Macula lutea, der Tasthaare in der Vola manus u. s. w.), sondern auch auf die Functionsverschiedenheiten. Bei der indirecten Wahrnehmung findet Bewegung des Objectes über die Sinnesfläche, bei der directen Bewegung der Sinnesfläche über das Object statt; hier besteht grössere Empfindlichkeit für die minimalen Reize, dort grössere Empfindlichkeit für Unterschiede der Reizstärke und schärfer ausgeprägter Ortssinn (Seh- und „*Tastschärfe*“); die indirecte Sinnesfläche ist geeigneter für die Wahrnehmung von Bewegungen, die direckte *allein geeignet zur Bildung von Vorstellungen über die Natur der Körper im Raum;* hier die Sinneswahrnehmung dem Individuum sich aufdrängend, dort das Individuum mit Bewusstsein und Absicht das wahrzunehmende Object aufsuchend.

Gegenüber den von Blix und Goldscheider postulirten „Druckpunkten“ glaubt der Vortragende, namentlich mit Rücksicht auf die zwischen den Resultaten der genannten Forscher herrschenden Widersprüche, vorläufig noch alle Reserve obwalten lassen zu müssen.

Sitzung vom 1. Mai 1885.

276) **Raudnitz:** *Ueber das thermische Centrum der Grosshirnrinde.* (Autorreferat.)

„Durch klinische Erfahrungen über die geringere Wärmestetigkeit Neugeborener angeregt, wünschte ich auf experimentellem Wege die Frage zu beantworten, ob dieses Verhalten auf unvollkommene Entwickelung und Thätigkeit eines gefässbeherrschenden Centrums in der Grosshirnrinde bezogen werden könnte, wie Eulenburg und Landois ein solches für den Hund angegeben haben. Nachdem aber diese Angaben bloss von Reinke und in wenigen Zeilen von Hitzig bestätigt, dagegen von Vulpian, P. H. Rosenthal, Küssner bestritten worden sind, Wood und Bokai endlich zum Theil widersprechende Befunde gemacht haben, so musste ich vorerst die Versuche an erwachsenen Thieren prüfend wiederholen bevor ich sie auf das Neugeborene übertrug. Zur Temperaturmessung bediente ich mich hierbei zwischen die Zehen eingebundener Thermometer. — Es ist nämlich die subcutane Messung nicht zu verwerthen, weil bei Reizung des Nerven einer Extremität oder während des von der Rinde ausgelösten epileptischen Anfalles subcutane und

[1]) Hr. H. Munk schlug in der Discussion vor, von *activem* und *passivem* Tasten zu sprechen, eine Bezeichnung, welche sehr glücklich gewählt scheint und sich mit Vortheil vielleicht auch auf den Gesichtssinn übertragen liesse.

Pfotentemperatur ein entgegengesetztes Verhalten zeigen. Man könnte dies auf Grund der Gaskell'schen Annahme, wonach im Muskelnerven die gefässerweiternden, im Hautnerven die vasoconstrictorischen Fasern vorherrschen, dergestalt erklären, dass die subcutane Temperatur als die der Muskeln, die in der Pfote gemessene als Hautwärme anzusehen ist, doch begnüge ich mich mit einer rein mechanischen Deutung, da ich das gleiche Verhalten beider Temperaturen einige Male auch dann beobachten konnte, wenn ich ein unter der Haut rund um den Oberschenkel geführtes Bändchen zusammenzog und so die Wirkung der Muskelcontraction auf die Blutvertheilung in der Extremität nachzuahmen suchte. Jedenfalls giebt die subcutane Messung nur Aufschluss über eine locale Temperatur, so dass ein negatives Ergebniss nicht beweisend gewesen wäre, ein positives erst hätte gedeutet werden müssen. Was die galvanothermometrische Messung betrifft, so hätte ich einer constanten Wärmequelle bedurft, deren Schwankungen nicht 0.04^0 C. betragen, — eine schwer zu erfüllende Bedingung, während das von Eulenburg und Landois angewandte Auskunftsmittel, die zweite Thermonadel an der entgegengesetzten Körperhälfte unterzubringen, ganz fehlerhafte Ergebnisse liefern muss, da der Gefässzustand der einen Extremität in verschiedener Weise auf den der anderen zurückwirkt.

Was die Reizungsversuche an Thieren in Morphiumschlaf betrifft, so bemerke ich vorerst gegen Scheinesson und Rumpf, dass Morphiuminjection und Aetherisirung die periphere Wärme anfänglich steigern, erstere nach kurzdauerndem Abfalle der Temperatur, dass der auf die Erhebung folgende Abfall durch neuerliche Aetherisirung wieder unterbrochen werden kann. Für unsere Versuche ist hiervon nur das eine zu beachten, dass sie jedesmal in einer, rücksichtlich des Ganges der peripheren Wärme gleichsinnigen Phase der Narkose vorgenommen werden müssen. Uebrigens hatten die Reizungen an uncurarisirten Thieren nur den Werth von Vorversuchen. Sie ergaben, dass Reizung, die von keiner Bewegung begleitet wird, auch ohne thermischen Erfolg bleibt, stärkere Reizungen dagegen, entsprechend der Intensität der Bewegungen, von einem vorübergehenden Absinken mit folgender Erhebung begleitet sind, wobei, entgegen Landois' Angaben, für die Vorderbeinregion der spezielle Ort der Reizung nicht von Belang ist. Von grösster Deutlichkeit und längster Dauer sind die thermischen Erscheinungen beim epileptischen Anfalle, während sie mit dem allmählichen Sinken der peripheren Temperatur immer undeutlicher werden. — Da aber alle diese Schwankungen als Wirkung der Muskelcontraction gedeutet werden können, so dürfen nur Reizversuche an curarisirten Thieren als beweiskräftig angesehen werden. Schliesst man bei solchen die feinsten Bewegungen und die epiliptischen Anfälle aus, welche bei curarisirten Thieren aus der Pupillenerweiterung erkannt werden, so konnte in unseren Versuchen eine thermische Wirkung der Rindenreizung nicht beobachtet werden. Doch besitzen diese Versuche wegen der niedrigen Pfotentemperatur, welche die Versuchsthiere hatten, keine sbsolute Beweiskraft.

Indem ich deshalb zu den Exstirpationsversuchen überging, nach welchen Eulenburg und Landois Temperaturunterschiede zwischen

den Pfoten beider Seiten gefunden hatten, musste ich vorerst die physiologische Breite dieser Differenz zu bestimmen suchen. Ich fand nun bei Hunden mit labiler, peripherer Wärme, zu denen auch alle, durch eine Operation herabgekommenen Thiere gehören, dass durch passive Lageveränderungen — linke und rechte Seitenlage — Differenzen bis zu $1{,}4^0$ C. erzeugt werden können. Daraus geht hervor, dass man aus dem Befunde solcher Temperaturunterschiede nur dann einen Schluss ziehen kann, wenn dieselben bei einer, jeden anderen Einfluss möglichst ausschliessenden Lagerung des Thieres regelmässig wiederkehren. Dies war weder in Vulpian's noch in meinen Exstirpationen der Fall. Allein selbst der regelmässige Befund solcher Temperaturdifferenzen bei Hunden, denen die in Betracht kommende Rindenpartie einseitig zerstört worden war, ermächtigt nicht zu der Annahme einer *unmittelbaren*, gefässbeherrschenden Thätigkeit dieser Gebiete. Denn durch die Exstirpation wird der Tonus der Muskulatur an der betreffenden Extremität herabgesetzt und damit der Widerstand vermindert, den die in tonischer Erregung befindlichen Muskeln auf die zwischen ihnen hindurchziehenden Gefässe ausüben. Sonach müsste eine Extremität, deren entsprechende Rindenpartie abgetragen worden ist, wenigstens in der ersten Zeit wärmer gefunden werden, wenn nicht Lage und Haltung des Beines einen weit bedeutenderen Einfluss auf dessen Temperatur nehmen würden, als es der Zustand der Muskulatur zu thun vermag. Dass die Rindenexstirpation den Muskeltonus an dem entsprechendem Beine herabsetzt, wurde von Hitzig in psychologischer Deutung als „Störung des Muskelbewusstseins“ beschrieben; das Bein hängt bei Schwebestellung des Thieres schlaff herunter, seine Muskulatur, besonders die der Beuger, fühlt sich weicher an. (Hierdurch wird die Steigerung des Kniephänomens auf dieser Seite rein mechanisch erklärt.) Dass aber Verminderung des Muskeltonus mit Erwärmung der Extremität einhergeht, wurde durch Versuche zu beweisen gesucht, in denen sich die Pfote jenes Beines, dessen Achillessehne zuvor durchschnitten worden war, unter Morphium- oder Aetherwirkung rascher erwärmte als die normale. — Nach alledem blieben auch hier nur die Ergebnisse der Exstirpation an curarisirten Thieren einzig und allein beweiskräftig. In jenen meiner derartigen Versuche, wo ein epilpetischer Anfall und alle Bewegung ausgeschlossen war, liess sich nun ein Einfluss der Exstirpation auf den Gang der peripheren Temperatur nicht erweisen.

Die Frage steht mithin heute dergestalt, dass eine mittelbare Beziehung der Grosshirnrinde zu den peripheren Gefässen, und damit zur Temperatur, in zweierlei Form besteht: einmal durch Vermittelung der willkürlichen Muskulatur, zum anderen durch den noch unaufgeklärten Mechanismus der psychischen Erregung und des epileptischen Anfalls, für welch' letzteren dies die neuerdings von Vulpian wieder aufgenommenen und auch von mir bestätigten Versuche Bochefontaine's bewiesen haben. Dagegen ist ein unmittelbarer Einfluss der Hirnrinde auf die peripheren Gefässe erst noch zu erweisen; die thermometrische Methode scheint nach meinen Erfahrungen hierzu nicht zweckmässig und dienlich zu sein.“

II. Referate und Kritiken.

277) **S. V. Clevenger** (Chicago): Comparative Physiologie and Psychologie. A discussion of the evolution and relations of the mind and body of man and animals. (Vergleichende Physiologie und Psychologie. Eine Erörterung der Entwickelung und Beziehungen des Geistes und Körpers von Mensch und Thieren.) (Chicago, Jansen, McClurg and Comp. 1885. 247 p.)

In dem vorstehend angezeigten Werke, dessen Bausteine Verfasser seit 11 Jahren in den verschiedensten wissenschaftlichen und medicinischen Zeitschriften etc. veröffentlichte, bemüht sich derselbe, das, was wir Geist nennen, vom Standpunkte des Naturforschers, der in den Fusstapfen Darwin's wandelt, zu studiren und zu analysiren. Er bedient sich dazu, dem Vorgange Darwin's und Herbert Spencer's folgend, — nennt er doch geradezu seine Untersuchungsmethode eine Erweiterung der Spencer'schen Grundsätze — der Verwerthung von einer Menge wissenschaftlicher Thatsachen aus allen Gebieten der Naturwissenschaften; vergleichende Anatomie und Embryologie, physical. Chemie, Biologie, Physik — überall bieten sich ihm Vorgänge und Beobachtungen, die ihn zu mehr weniger unanfechtbaren Schlüssen führen, überall findet er Stützen für seine Ansichten, überall zeigt er sich als der Gelehrte von hervorragenden Kenntnissen, ausgezeichneter Combinationsgabe, durchdringendem Verstande. Und worin gipfeln diese Ansichten? In dem Satze, den er gleich im Anfange seines Werkes als zu beweisende Annahme hinstellt und dabei als einen bezeichnet, der wohl „manchem Anhänger des alten abergläubischen Weges zu denken als eine schreckliche blasphonische Behauptung" erscheinen dürfte: *Geist ist chemische Associetät — ein Product chemischer Energie und anderer natürlicher Kräfte — eine Eigenschaft der Materie.* Und wenn auch dieser Satz schon von Anderen ausgesprochen und vertheidigt ist, nirgends doch ist seine Begründung in dem Umfange, in dem logischen Zusammenhange, in der Klarheit geschehen, wie hier; so zwar, dass es zweifellos sein dürfte, dass selbst die Gegner jene Arbeit nicht nur mit unvermindertem Interesse lesen, sondern auch mit positivem Nutzen studiren werden.

Natürlich geht Verf. zur Beweisführung von der Amöbe aus: Bewegung und Ergreifen derselben (Nahrungsaufnahme) entstehen hauptsächlich durch Einflüsse, die von aussen auf ihren Organismus einwirken (Moloculäre Attraction). Im Menschen und den höheren Lebewesen verdanken diese und andere primitive Phänomene (Fortpflanzung etc. ihre unmittelbare Entstehung allerdings im Organismus liegenden Kräften, die der Regel nach über die äussere das Uebergewicht haben; nichts desto weniger bleiben doch diese letzteren die entfernte Ursache aller Bewegung. So einfach daher auch die Functionen der Amöbe sind, so sind sie im Grunde doch dieselben, wie beim Menschen. Sie hat ein Verlangen nach Nahrung (chemische Associetät der Atome), sie hungert; je nachdem sie den Hunger stillt oder nicht stillt, zeigt sie (durch Gegenwart oder Abwesenheit gewisser Molecüle) Gefühl der Lust

oder Unlust d. h. die beiden Hauptstücke aller bewussten Arbeit. — Verlangen, Gefühl, Empfindung liegt in jeder lebenden Körperzelle, nicht ausschliesslich im Nervengewebe; mit der Differenzirung der Function erst entstehen Veränderungen des Intensitätsgrades gewisser Gefühle in diesen lebenden Zellen, aber das fundamentale Hungergefühl und die Lust es zu befriedigen bleibt immer in jeder derselben. Verlangen, Gefühle, Empfindungen, Bewusstsein, Kenntnisse, Ideen, Gedächtniss, Aufregung etc. sind sämmtlich Bedingungen der Zellenmolecüle, woraus sich z. B. erklärt, dass es noch keinem Physiologen gelungen ist, im Hirn ein Centrum des Verlangens zu entdecken. — Wo immer die Aeusserung eines Gefühl's oder das Gefühl selbst durch eine Läsion gestört ist, da liegt das an den Bahnen, welche die durch solche Gefühle erzeugten moleculären Bewegungen von den nicht nervösen Körperzellen, in denen diese Gefühle hoch entwickelt sind, weiter leiten. Die Nerven sind reine Associationssysteme und wo das in einem Organ erweckte Gefühl in Folge beständiger Wiederholung sich mit gewissen anderen Gefühlen oder mit motorischem Ausdrucke verband, da wurden auf den Bahnen des geringsten Widerstandes die Associations-Nerven aufgebaut. — Weiterhin heisst es dann: „Geist liegt in jeder lebenden Körperzelle und die bessere nervöse Association dieser Zelle bildet Grade von Intelligenz;“ und ferner: „Instinkt, Ueberlegung, Gedächtniss sind Nichts als Acte von Zellen-Anpassung und Arbeit“; ferner: „Spitzka hat Recht, dass, wie die Nervenfasern mit der Association sich vermehren, so die Intelligenz zunimmt.“ — Auf je höherer intellectueller Stufe Thier oder Mensch stehen, um so mehr ist die graue Substanz durch Fibrillen eingeengt“; — „die Frostsätze der Nervenzelle wachsen an Zahl mit der höheren Organisation der Thiere“ u. s. w. u. s. w.

Soviel als Probe des Gebotenen. Möge die Fortsetzung, in der uns Verf. Weiteres über den „Mechanismus des Geistes“ auseinander zu setzen verspricht, nicht lange auf sich warten lassen: er kann versichert sein, dass seine Beschuldigung, americanische Autoren würden „jenseits des Oceans“ nicht geschätzt, auf keinen weniger als auf ihn passt. —

Das Buch ist nach bekannter americanischer und englischer Sitte in jeder Beziehung vorzüglich ausgestattet und dazu billig!

Voigt (Oeynhausen).

---

278) **L. Löwenfeld** (München): Ueber multiple Neuritis. Klinische Mittheilungen. (Sep.-Abdr. aus d. Aerztl. Intell.-Bl. Nro. 6 ff. 1885.)

(Schluss.)

Beobachtung V. X. Beamter, 62 Jahre alt, mässiger Potator. Im September vor. Jahres Schwäche und Schmerzen in den Beinen und am Rücken, Erschwerung des Gehens. Später circa 3 Wochen lang fieberlose Delirien. Zunahme der Sensibilitätsstörungen. Pat. wurde bettlägerig. Besserung. Schmerzen im Ganzen nur mässig und häufig die Stelle wechselnd. Keine Localisation auf das Gebiet bestimmter Nerven. Untersuchung am 3. Januar ergab: An den Beinen Motilität herabgesetzt, Muskulatur sehr schlaff, atrophisch, besonders an den Waden. Sensibilität stellenweise herabgesetzt, besonders an den Fusssohlen.

Stichreflex an der Fusssohle zum Theil fehlend, zum Theil verspätet. Kniephänomen beiderseits erhalten, kein Fussphänomen. Keine Ataxie. Gang sehr mühsam, schwerfällig, Schwierigkeit, den Fuss vom Boden zu erheben, wobei Neigung zum Ueberstürzen. Kein Nervenstamm druckempfindlich. Electrische Exploration fehlt. Blasen- und Mastdarmfunktion gut.

Für einen peripheren Sitz in vorstehendem Krankheitsbilde sprechen neben den Zeichen atrophischer Lähmung, subjective und objective Sensibilitätsstörungen, der Mangel von Blasen- und Mastdarmbeschwerden und vor allem die alcoholische Basis. Da auch Ataxie bei alcohol. Paralysen vorkommt, so tritt oft die Aehnlichkeit mit Tabes dorsalis hervor. Déjèrine nennt seine beiden diesbezüglichen Fälle desshalb Nervo-tabes péripherique, eine Bezeichnung, die nur Verwirrung anzurichten im Stande ist. Die Beobachtungen Hirt's zeigen übrigens, dass Ataxie bei multipler Neuritis keineswegs ausschliesslich auf der Basis des Alkoholismus entsteht.

Beobachtung VI. Multiple Neuritis mit Athetosis. Franz Bauer, 44 J. alt, hat Magenentzündung und öfters Rheumatismus gehabt. 8 Wochen vor Beginn der jetzigen Erkrankung intensive Erkältung. Anfangs Dezember 1883 6 Nächte hindurch heftig geschwitzt. Nachher Schwäche in den Beinen, besonders in den Knieen. 8 Tage später Gefühl von Pelzigsein und Ameisenkriechen an den Klein-, Ring- und Mittelfingern beider Hände. Gleiches Gefühl au beiden Füssen an den 3 äusseren Zehen und 8 Tage später auch an einer 3 Finger grossen Stelle medial neben der linken Brustwarze. Pelziges Gefühl verbreitet sich von den Händen nach aufwärts an der Ulnarseite des Vorderarms und der Innenseite des Oberarms bis in die Achselhöhle hinein. Dehnt sich noch auf Zeigefinger und Daumen und allmälig auf die übrigen Partieen des Armes aus. Von den Füssen geht es an die beiden inneren Zehen und schliesslich auf beide Unter- und Oberschenkel. Ferner erscheint es gürtelförmig am Thorax, am Munde, gegen Auge, Schläfe und Ohr ausstrahlend. Bliszartige Empfindungen an den Armen und Beinen werden als wohlthuend bezeichnet. Schwäche in den Armen. Doppeltsehen, Singen auf dem r. Ohre. Harndrang mit geringer Urinentleerung. Potenz erhalten.

Stat. praes. 5. und 6. Juli 1884. Linksseitiger Strabismus convergens. Pat. sieht beim Linksdrehen der Augen die vorgehaltene Hand doppelt. Schlaffheit an den M. triceps beiderseits auffallend. Kein Nervenstamm am Halse und den oberen Extremitäten besonders druckempfindlich. Erhebung des Oberarms beschränkt. Pro- und Supination im Handgelenk fehlt. Händedruck beiderseits kraftlos. Knöpfen nur möglich an Stellen, die dem Gesichte zugänglich sind. Bei geschlossenen Augen wird die Nasenspitze mit dem Zeigefinger verfehlt. Im Ruhezustande der Hand machen sich an den Fingern, mit nur secundenlangen Intervallen, leise ruckartige und langsam fortschreitende ergiebigere Bewegungen (z. B. Beugung der extendirten Finger, Abduction des kleinen Fingers etc.) bemerklich, nicht völlig durch den Willen unterdrückbar. Auffallend an den Beinen ist die Consistenzabnahme an dem M. quadriceps beider Oberschenkel. Gang schwerfällig, Umdrehen schwierig. Dornfortsätze der Wirbel von der Mitte der Dorsalwirbelsäule bis zum Kreuzbein sehr druckempfindlich, ebenso die Muskulatur am Rücken links neben dem betreffenden Process spinos. und die Muskulatur über der linken Scapula. Unterscheidung zwischen Spitze

und Knopf an beiden Armen mangelhaft. Kein Kniephänomen, kein Fussphänomen, keine paradoxe Contraction. Faradische Erregbarkeit der Nervenstämme und Muskeln an den oberen und unteren Extremitäten überall erhalten. An der oberen Extremität zeigte die galvanische Exploration Herabsetzung der Erregbarkeit der beiden N. ulnares, rechts mit verfrühtem Auftreten von KOZ, ferner Erregbarkeitsherabsetzung im linken N. radialis, an den unteren Extremitäten auffallende Herabsetzung der galv. Reizbarkeit in sämmtlichen Nervenmuskelgebieten mit Ausnahme des linken N. cruralis. Im Quadricepsgebiete beiderseits auch Annomalien der Zuckungsformel, aber nirgends zeigte die Zucknng einen deutlich trägen Charakter. —

Das hier fieberhafte Einsetzen der Krankheit findet sich ausser bei multipler Neuritis noch bei Poliomyelitis anterior. Für die erstere Diagnose spricht der weitere Verlauf des Leidens. Die blitzartigen Empfindungen in den Extremitäten bilden eine eigenartige bisher noch nicht beschriebene Sensation, da sie ja nicht schmerzhaft, sondern wohlthuend waren. Das elektrische Verhalten ist so eigenthümlich, dass weder bei multipler Neuritis, noch überhaupt ein ähnliches bisher constatirt ist. Die oberen Extremitäten zeigen beträchtlichere Motilitätsabnahme, als die unteren und doch sind dort verhältnissmässig nur geringe Abweichungen von der normalen Reaction. Betreffs der Athetosis, die man gewöhnlich als centrale Störung bezeichnet, bemerkt Verf., dass vorliegende Beobachtung ein gewichtiges Argument abgebe, wenigstens bei der primären Athetosis den peripheren Ursprung nicht völlig auszuschliessen.

Beobachtung VII. Frau D., 39 Jahre alt, bis zur Verheirathung bestand Somnambulismus, Kopfschmerz, desshalb zahlreiche Aderlässe. Im vorigen Herbste Störungen beim Gehen, Unsicherheit beim Treppensteigen. Um Weihnachten durch Kranksein eines Kindes Sorgen und Störungen der Nachtruhe, dadurch wurden die Beine schwächer. Im Jan. 1884 namentlich Nachts heftige Schmerzen in den Beinen gleichzeitig Taubsein und Spannung daselbst. Beim Gehen stellte sich ein Gefühl ein, als ob der Fuss abgerundet oder von Gummi wäre. Ostern 1884 auch Schmerzen im Rücken. Seit dem Auftreten der Schmerzen in den Beinen auch Gefühl von Pelzigsein an den 3 äusseren Fingern der l. Hand.

Stat. praes. 21. Juni 1884. An der Volarseite des Klein- und Ringfingers und der Ulnarseite des Mittelfingers Taubheitsgefühl; an diesen Fingern ist auch die Empfindung etwas stumpfer. Unterscheidung von Spitze und Knopf hier mangelhaft. Andeutung von Leitungsverlangsamung an den einander zugekehrten Flächen des Mittel- und Ringfingers und an der Ulnarseite des Vorderarms. Bewegungen im Hüft- und Kniegelenke rechts sämmtlich von sehr geringer Kraft. Gang unsicher, schwankend, keine Ataxie. Stehen auf einem Beine nicht möglich. Ortssinn am ganzen rechten Bein hochgradig herabgesetzt. Temperatursinn rechts vorzugsweise am Fusse und Unterschenkel, links am Unterschenkel geschädigt. Lageempfindung am rechten Fusse sehr mangelhaft. An der rechten Wade Leitungsverlangsamung für Tasteindrücke von ca. 2 Secunden. Ebenso die Leitung für Temperatureindrücke deutlich verlangsamt. Kein Knie- kein Fussphänomen beiderseits. Neben normaler faradischer herabgesetzte galvanische Erregbarkeit einzelner Muskeln, so rechts im nerv. peroneus und M. vast. intern., links im nerv. crural, im M. Quadriceps, Adductor magnus

und Glutaeus. In einer zweiten Reihe von Nerven und Muskeln fand sich die Erregbarkeit für beide Stromesarten herabgesetzt, endlich wurde Andeutung von EaR. im M. tib. antic. rechts, ausgesprochene EaR. im M. Gastrocnemius links constatirt. Schmerzen in den Beinen und im Rücken, sowie Gürtelgefül wurde durch Galvanisation des Rückens beseitigt. Motilität der Beine machte ebenfalls Fortschritte. Ortsinn war Anfangs August zur Norm zurückgekehrt, ebenso Lage- und Bewegungsempfindung besser. Patientin konnte mit Hilfe eines Stockes ziemlich flink im Zimmer ohne erhebliches Wanken umhergehen. Farad. Erregbarkeit hatte sich etwas gebessert, galvanische nicht. Besserung machte in der Heimath der Pat. noch weitere Fortschritte, jedoch trat völlige Heilung bis jetzt nicht ein.

Die bei einer mit neuropathischer Disposition behafteten Patientin aufgetretene Lähmung kann entweder von einer Erkrankung der grauen Vorderhörner des Rückenmarkes oder peripherer Nerven abhängen. Für letztere spricht die Gegenwart erheblicher objectiver Sensibilitätsstörungen an den Beinen, ferner die Sensibilitätstörung am linken Arm. Mangel von Erscheinung seitens der Blase und des Mastdarms spricht gegen eine spinale Localisation. Der Mangel von Atrophie an beiden Beinen ist auffallend der Thatsache gegenüber, dass die Veränderungen der electrischen Erregbarkeit erheblicher sind, als im vorhergehenden Falle, in welchem wenigstens an einigen Muskeln sich Atrophie constatiren liess. Die Berücksichtigung der electr. Exploration des vorigen und diesen Falles macht es deutlich, dass isolirte Herabsetzung der galv. Erregbarkeit lediglich eine der zahlreichen Zwischenstufen zwischen normaler electrischer Erregbarkeit und ausgebildeter EaR. darstellt. In diesem Falle haben wir ferner die erste Beobachtung von verlangsamter Leitung von Temperatureindrücken bei einer Affection peripherer Nerven vor uns.

Zum Schluss gibt Verf. eine Zusammenstellung der wichtigsten Momente dieser von ihm musterhaft untersuchten Fälle. Wir entnehmen ihr nur die Hauptsätze: Veränderungen der electrischen Erregbarkeit fehlen in keinem der hierauf untersuchten Fälle. Isolirtes Sinken der galvanischen Erregbarkeit wird als neue Thatsache gefunden. In der als Athetosis bekannten Krampfform haben wir ein neues Symptom der M. N. kennen gelernt. Parästhesien (Gefühle von Pelzigsein, Schwere etc.) waren in sämmtlichen Fällen vorhanden. Als neue Erscheinungen auf diesem Gebiete sind blitzartige Empfindungen nicht schmerzhaften Charakters zu verzeichnen. Ebenso mangelten ocjective Sensibilitätsstörungen und Parästhesieen in keinem Falle gänzlich. Die Hautreflexe waren in sämmtlichen Fällen mit einer unerheblichen Ausnahme erhalten. Das Kniephänomen kann sinken und selbst fehlen bei gesteigerter mechanischer Erregbarkeit des Muskels (Beob. III), Function der Blase und des Mastdarms erwies sich in allen Fällen ungestört. Hinsichtlich der Prognose muss hervorgehoben werden, dass die Intensität der Symptome keinen allgemein zuverlässigen Anhaltspunkt bezüglich der Dauer der Erkrankung und des schliesslichen Ausgangs gibt (Beob. II u. IV). Bezügeich der Therapie wird im fieberhaften Stadium Salycilsäure gegeben, welches Mittel

auch später bei Schmerzen und Parästhesieen noch Erfolg hat. Die Degeneration erkrankter neuromuskulärer Apparate erfordert den electrischen Strom, zur Unterstützung wirken Soolbäder (25—27° R.) Heilgymnastik und Massage. Goldstein (Aachen).

---

279) **H. Mieth:** Ein Fall von acuter aufsteigender Spinalparalyse. (D. med. W. Nro. 5, 1885.)

Der in Seeligmüller's Poliklinik beobachtete Fall betrifft einen 42 jährigen Fabrikarbeiter. Ohne sicher nachweisbaren Grund hatte sich bei demselben eine fortschreitende Lähmung der unteren und oberen Extremitäten ausgebildet, die in etwa 14 Tagen ihren Höhepunkt erreicht hatte und dann im Verlaufe einiger Monate allmählig wieder bis zur Norm sich zurückbildete. Erschwerung des Sprechens und Schluckens deutete auf eine Betheiligung des Bulbus hin. Potenz geschwunden. *Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlten.* Hautreflexe auf der Höhe der Krankheit verlangsamt. Keine Erscheinung von Seiten des Gehirns, keine Blasen- oder Mastdarmstörungen, keine Ataxie, keine Veränderung der elektrischen Erregbarkeit, keine Atrophie, keine wesentlichen Sensibilitätsstörungen. — Bleiintoxication, Syphilis, diphtheritische Lähmung, multiple Neuritis, Poliomyelitis ant. subacuta war auszuschliessen. Vollkommene Heilung bis zur Wiederkehr der Sehnenreflexe und der Potenz. Die Behandlung hatte in der Anwendung schwacher, absteigender galvanischer Ströme auf die Wirbelsäule bestanden.

Kron (Berlin).

---

280) **Massey** (Philadelphia): Report of a case of sudden loss of vision following anaesthesie of de fifth nerve with remarks on the modifying effect of anaesthesie on the galvanoreactions of the special senses. (Plötzliche Amaurose in Folge von Anästhesie des Quintus nebst einer Bemerkung über Besserung der Anästhesie durch den galvanischen Strom. (The journal of nerv. and ment. dis. Octbr. 1884, p. 576.)

Ein 48 jähr. hereditär nicht belasteter, stets gesund gewesener Gutsbesitzer erhielt vor 3 J. auf der l. Backe einen Bienenstich, ohne dass er unmittelbar darauf Schmerzen empfand. Hingegen hat er seit dieser Zeit ein Gefühl von Taubheit auf der ganzen linken Gesichtshälfte, welches 2 Jahre lang zunahm, auch traten im Laufe der Zeit Schmerzen auf. Nach 2 Jahren bemerkte er, dass die Sehkraft auf dem l. Auge rapide abnahm, so dass er nach 10 Tagen auch nicht einmal mehr Lichtempfindung hatte. Die ophthalm. Untersuchung ergab Atrophie der Pupille.

Ein Jahr darauf wurde das rechte Auge innerhalb 8 Tagen amaurotisch. Hier ergab aber die ophthalm. Untersuchung nichts. Ferner fand sich über dem l. Auge eine etwa 4 Ctm. lange und 3 Ctm. breite lateralwärts sich erstreckende anästhetische Stelle.

Pat. wurde nun mit dem galvanischen Strom behandelt (innerlich mit Strychnin sulf.); nach 2 Monaten ging die Sensibilitätsstörung fast ganz zurück, während die Sehkraft auf dem rechten Auge (auf dem l. natürlich nicht. Ref.) sich nicht wieder herstellte.

Koenig (Dalldorf).

---

281). **Legrand du Saulle** (Paris): L'état des spermatorréiques. (Ueber Spermatorrhoe.) (Gaz. des Hôp. 1885 Nro. 29, 32, 35, 41.) Klin. Vortrag.

Eine vollständige Widerlegung der bekannten zur Zeit so viele Gemüther beunruhigenden Ansicht Lallemand's gelang zuerst Trousseau, indem er nachwies, dass die Spermatorrhoe in der Regel von einer Alteration des Centralnervensystems oder der Medulla spinalis und nur ausnahmsweise von Affectionen der Urethra oder Prostata ihren Ursprung herleitet, und dass die vorhandene grössere oder geringere Abschwächung, eine Art von Asthenie des Nervensystems, nicht die directe Folge der Samenverluste, sondern des idiopathischen Leidens sei.

Diese Anschauung acceptirt auch heute noch Legrand du Saulle, weil sie mit den physiologischen Grundsätzen durchaus im Einklange steht, nach welchen bekanntlich die Ejaculatio seminis dadurch zu Stande kommt, dass eine Gruppe von Zellen des Lendenmarks, das genitale Centrum Budge's, durch einen äusseren Reiz, gewöhnlich durch Coitus oder diesem analoge Manipulationen in Thätigkeit tritt.

Und weil ferner da, wo Spermathorrhoe vorhanden, stets auch solche Zustände concurriren, welche jenes Centrum derartig beeinflussen resp. dessen Reactionsfähigkeit bis zu einem Grade erhöhen, dass schon der geringste Reiz, gleich ob peripherer oder centraler Natur, eine Samenergiessung bewirkt.

Eine solche bald angeborene bald erworbene Widerstandsunfähigkeit basirt, wenn nicht Störungen des Harnapparats das ursächliche Moment abgeben, entweder auf materiellen Ursachen (acuter oder chronischer Myelitis, Ataxie locomotrice) oder auf einer vorübergehenden oder andauernden Schwäche des Centralnervensystems, Anomalien, von welchen auch die verschiedenen concomitirenden Neurosen — Neurasthenie, Hypochondrie, Neuropathie — herrühren.

Kann sonach die von Lallemand als häufige Ursache der Spermatorrhoe angeschuldigte Masturbation nun als der Ausdruck einer fehlerhaften Functionirung des Nervensystems, als eine Depravation der Instincte, angesehen werden, so soll doch andererseits damit nicht gesagt sein, dass abnorme Samenverluste des ohnehin schon geschwächten Nervensystems nicht noch mehr zu schwächen, die so entstandenen Störungen desselben zu unterhalten und zu verschlimmern, ja selbst der Neuropathie ein eigenthümliches Gepräge aufzudrücken vermögen.

Um dasselbe sowie die Züge des ganzen Bildes der Krankheit besser zu voranschaulichen, mag folgendes Paradigma dienen:

Ein Individuum, welches in seiner Kindheit an Nervenstörungen verschiedener Art, an Culvulsionen, an Incontinentia urinae gelitten, dann Onanie getrieben und im beginnenden Mannesalter einen oder mehrere Tripper gehabt hat, wird früher oder später in der Nacht von noch in der Breite der Gesundheit liegenden Pollutionen befallen, die sich anfänglich regelmässig drei oder vier Mal in der Woche, nach einiger Zeit öfter wiederholen und bald hierauf ohne Erectionen und Wollustgefühl von Statten gehen der Art, dass das durch den Schlaf nur wenig gestärkte und mit schwerem Kopfe erwachende Individuum erst

am Morgen aus den Flecken im Hemde von diesem Vorgange Kenntniss erhält.

Von jetzt ab zeigen sich auch die Ejaculationen am Tage nach dem geringsten Reize und nach einiger Zeit ohne diesen bei der Defäcation und, wie dies die Gegenwart des in Klümpchen zusammgeballten Semen im Urin beweist, der Miction.

Damit ist der Zeitpunkt gekommen, wo das ohnehin schon afficirte Nervensystem in manifester Weise unter diesen Verlusten Noth zu leiden anfängt.

Neben allgemeiner Abschwächung erscheinen Herzpalpitationen, Dyspnoe mit einem leichten trocknen Husten, Verdauungsstörungen und Muskelkrämpfe. Es fehlt jede Neigung zur Ausübung des Coitus und, wenn diese vorhanden, wird das Sperma schon vor der Immissio penis ejaculirt. Die sich zu dieser Zeit entwickelnde Muskelschwäche sowie die verminderte Sensibilität, wozu sich endlich noch Cephalalgie, Störungen des Schlafs oder selbt Insomnia gesellen, accentuiren sich immer mehr und mehr.

Desgleichen trägt die Neuropathie eine grössere oder geringere Abschwächung und Alteration der Vorstellungen und des Willens zur Schau.

In diagnostischer Hinsicht sind das Vorhandensein von wirklichen Samenverlusten sowie solcher Ursachen, welche Spermatorrhoe im Gefolge zu haben pflegen, die maassgebenden Criterien derselben.

Entscheidet die erste Frage der mikroskopische Nachweis von Spermatozoen, so gilt es, was die zweite anlangt, zu eruiren, ob das fragliche Leiden die Folge einer Läsion der Harnorgane oder aber der Medulla spinalis oder des Centralnervensystems ist.

Hiernach richtet sich auch die Vorhersage, die im ersten Falle eine günstige und im anderen eine ungünstige ist, sowie die Therapie, deren Aufgabe darin besteht, eine event. vorhandene Affection der Harnorgane in Angriff zu nehmen, sonst aber sein Augenmerk auf die Medulla spinalis oder das Centralnervensystem zu richten und auf dieses oder jene durch ein passendes Regimen und entsprechende Arzneimittel, vorzugsweise durch Kalium bromatum, einzuwirken oder auch selbst an eine Kaltwasserbehandlung, die unter diesen Umständen zuweilen recht gute Dienste leistet, zu recurriren. Pauli (Cöln).

---

282) **O. Berger** (Breslau): Ueber die ätiolgischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes. (Deut. med. Wochenschr. 1 u. 2. 1885.)

Verf. leitet seine Betrachtungen mit folgenden 2 Fällen ein: Ein 41 jähr. Kaufmann hatte 1865 ein Ulcus durum gehabt, das bei localer Behandlung und Quecksilberpillen in 8 Wochen ausgeheilt war, 1870 Ulcerationen in der Nasenhöhle, die erst nach 2 Jahren zur Heilung kamen, Gummata im Gesicht. Etwa 1880 die ersten Symptome der Tabes in Form von gastrischen Krisen. Später Gürtelschmerz, Impotenz, Blasenstörung bis zum typischen Bilde der Krankheit. — In dem 2. Falle handelt es sich um einen 72 jähr. Schmied, *der im Alter von 68 J. Syphilis acquirirt und mit 70 J. die ersten*

Zeichen der Tabes (Parästhesieen in den unteren Extremitäten) *dargeboten hatte.* Der Tod erfolgte $3^1/_2$ Jahre nach der Infection. Die Section wies eine relativ frische Erkrankung der Hinterstränge nach. Neben der typisch ausgebildeten Tabes hatte noch eine doppelseitige interstitielle Orchitis bestanden. Eine anderweitige Aetiologie war in beiden Fällen nicht festzustellen. Seiner Statistik legt B. 100 noch nicht benutzte Fälle zu Grunde. 14 mal wurde die Diagnose der kranzförmigen Degeneration der Hinterstränge durch die Obduction bestätigt. Unter diesen Fällen befanden sich 5 mit sicher vorausgegangener Syphilis und zwar 3 Männer und 2 Weiber. Zeichen von Syphilis fanden sich bei einem Mann (1%), nämlich Orchitis interstit. duplex und bei einer 45 jähr. Frau (Caries sicca des r. Scheitelbeins).

Von den 100 Tabeskranken hatten 43 an secundärer Syphilis gelitten (43%). Unter 85 Männern 39, unter 15 Frauen 4. Die Syphilis wurde nur dann als sicher constatirt betrachtet, wenn der Kranke *mit Bestimmtheit* von constitutionellen Symptome zu berichten wusste. Bei 46 Männern und 11 Frauen waren anamnestisch keine Symptome zu eruiren, die mit Sicherheit auf voraufgegangene Syphilis bezogen werden konnten. Manifeste Zeichen von Syphilis fanden sich mit Ausnahme der oben mitgetheilten Fälle bei keinem der Kranken. Der Zeitraum zwischen der Infection und den ersten Symptomen der Tabes ergab im Mittel 8,4 Jahre. Dabei waren die grössten Schwankungen vorhanden: bei den Männern von kaum einem Jahre bis zu 22 J., bei den Frauen von einem J. bis zu 12 J. In klinischer Hinsicht konnte bei vergleichender Zusammenstellung der Hauptsymptome der Tabes kein Unterschied gefunden werden, doch ist das Ueberwiegen der Augenmuskellähmung bei Tabischen mit syphilitischen Antecedentien vielleicht bemerkenswerth. Bei früher syphilitischen Männern (34) bestand sie in 32%, bei fehlender Syphilis (41 M.) in 17%, bei Weibern 25%: 18%. Bei Gesunden oder an den verschiedensten Erkrankungen leidenden Männern von 25—40 J. fanden sich nur 12% mit früherer Syphilis. Ein causaler Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes erscheine demnach in hohem Grade wahrscheinlich. Allerdings unterliege es keinem Zweifel, dass die Tabes auch bei sicher fehlender Syphilis zu Stande kommt. Was die Forderung eines klinischen und anatomischen Beweises für den syphilitischen Ursprung einer Tabes betrifft, so weist B. darauf hin, dass es sich auch bei dieser Form eben nur um eine strangförmige Degeneration der Hinterstränge handelt, die sich von der nicht-syphilitischen ebensowenig zu unterscheiden braucht, wie die syphilitische Lebercirrhose von der alcoholischen. Die anatomische Untersuchung hat in den betreffenden 5 Fällen keinen der Syphilis irgendwie angehörigen Befund erheben lassen. Es handele sich also auch gar nicht um eine specifische, wirklich syphilitische Erkranknng der Hinterstränge, soweit wir dies eben durch unsere Untersuchungsmethoden zu erkennen im Stande sind, aber nicht undenkbar, dass *unter dem Einflusse der Syphilis die Gefässe des Rückenmarks erkranken* (und zwar schon zu einer Zeit, in der ein anatomischer Nachweis einer solchen Gefässalteration noch

nicht nachweisbar ist) und *dass der Widerstand des Rückenmarks gegen irgend welche sonstige Schädlichkeiten in Folge dessen herabgesetzt werde (specifische Prädisposition).* Um einen allgemeinen, die Gesammtconstitution schädigenden Einfluss der Syphilis könne es sich nicht handeln, da zahlreiche Kranke in den ersten Zeiten der Tabes eine vorzügliche Constitution darbieten. Die Erfolglosigkeit einer antisyphilitischen Therapie waren so leicht erklärlich.

Uebrigens existiren in der Literatur einige Fälle von Heilung der Tabes auf diesem Wege. Verf. theilt einen solchen eigener Beobachtung mit, bezeichnet ihn aber gleichzeitig als den einzigen, den er bei Tabes überhaupt gesehen habe, und auch dieser Fall sei wohl keine strangförmige Erkrankung der Hinterstränge gewesen, sondern wahrscheinlich eine syphilitische Meningealerkrankung mit secundärer Betheiligung der Hinterstränge: „da man aus dem klinischen Befunde allein nicht in jedem Falle von Ataxie locomotrice, der mit Syphilis zusammen zu hängen scheint, mit absoluter Sicherheit entscheiden kann, ob es sich um eine unheilbare primäre Degeneration der Hinterstränge, oder um eine heilbare Functionsstörung des Hinterstrangsystems in Folge gewisser specifischer Läsionen handelt, so werden antisyphilitische Curen überall da am Platze sein, wo sie nicht durch bestimmte Contraindicationen verboten erscheinen".

Kron (Berlin).

---

283) **C. Reinhard** (Friedrichsberg - Hamburg): Beitrag zur Aetiologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Syphilis. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41, Heft 4 u. 5 1885.)

Unter 1762 nicht paralytischen Geisteskranken (823 M. 939 Fr.) wurde vom Verf. in 5,9% (resp. 7,7% mit Einschluss einer Anzahl zweifelhafter Fälle) Syphilis gefunden, unter 328 Paralytikern (291 M. 87 Fr.) nur 22,4% resp. 28%. Unter den mit Hinterstrangerkrankung combinirten Fällen von Paralyse fanden sich 26,1% mit voraufgegangener Syphilis, unter den uncomplicirten Fällen von Paralyse dagegen nur 20,4%. Auffallend war der hohe Prozentsatz an syphilitisch gewesenen paralytischen Weibern, nämlich 29,4% im Durchschnitt. Derselbe erklärt sich aus der grossen Zahl der Puellen, welche 17,4% der sämmtlichen paralytischen Weiber ausmachen. Im Uebrigen war das Verhältniss der letzteren zu den paralytischen Männern durchschnittlich wie 1:3,2. Von 15 paralytischen Männer der besseren Stände hatten sich 73,3% inficirt, von den paralytischen Weibern dieser Gesellschaftsklasse keine. Einen ziemlich bedeutenden Prozentsatz zur Zahl der männlichen Paralytiker stellten Heizer, Feuerarbeiter, Maschinisten, ferner Tabak- und Cigarrenarbeiter. Hinsichtlich der relativen Häufigkeit der Paralyse übertrifft die Stadtbevölkerung die Landbevölkerung fast um das Doppelte. Die Frequenz der Erblichkeit bei nicht paralytischen Geisteskranken verhält sich zu derjenigen bei paralytischen ungefähr wie 8:5. Trunksucht kam bei letzseren (Männern) in 30,3%, bei den syphilitisch gewesenen in 28,5% vor, bei nicht paralytischen in 14,6%.

In 37 Fällen wurde geistige und körperliche Ueberanstrengung, verbunden mit Nahrungssorgen als Ursache der Erkrankung angegeben. Auffallend ist die Zunahme der Paralyse im letzten Dezennium (1 : 1,87), während eine gleichzeitige Zunahme der Geisteskrankheiten insgesammt nur im Verhältniss von 1 : 1,2 stattgefunden hat. Die Syphilis an sich hat in der gleichen Zeit nicht zugenommen eher etwas abgenommen. (Verf. hatte sich diese Untersuchung ebenfalls zur Aufgabe gemacht, weil, falls die Syphilis wirklich die Hauptursache oder gar die einzige Ursache der Paralyse sei, sich auch ein gewisser Parallelismus zwischen der Häufigkeit beider Krankheiten in der Gesammtbevölkerung ergeben müsste.) Wenn Verf. demnach auch einen erheblich geringeren Prozentsatz vorangegangener Syphilis bei seinem Material an Paralytikern gefunden hat als die meisten anderen Autoren, so möchte er doch der Syphilis eine gewisse ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Paralyse nicht abstreiten. Die extreme Ansicht, dass die Syphilis die Hauptrolle oder gar die einzige Rolle dabei spiele, werde durch seine Untersuchungen widerlegt. Die verhältnissmässig grosse Zahl der paralytischen, syphilitisch gewesenen Puellen beweise nichts, da gerade diese Personen noch vielen andern Schädlichkeiten, wie starken Excessen in baccho et venere etc. ausgesetzt sind; grade diese Klasse von Individuen könne vielmehr als Beweis dafür angesehen werden, dass die Paralyse höchstwahrscheinlich nicht einer einzigen Ursache, sondern immer einer Verkettung verschiedener Schädlichkeiten ihre Entstehung verdankt. Darauf weisen auch die Erhebungen des Verf.'s über das Vorkommen anderweitiger ätiologischer Momente der Paralyse hin, wie besonders Erblichkeit und Trunksucht. Auch die ziemlich constante Proportion der weiblichen zu den männlichen Paralytikern (wie 1:3,2) müsse lebhafte Bedenken erregen, die Syphilis als Hauptursache der Paralyse anzusehen, weil bei der viel geringeren Verbreitung der Lues unter dem weiblichen Geschlecht sich anderen Falls ein weit günstigeres Verhältniss für die paralytischen Weiber gegenüber den paralitischen Männern ergeben müsste. Ausserdem zeige die Syphilis, wie bemerkt, eher eine Tendenz zur Abnahme, während die Paralyse im Zunehmen begriffen sei. In Anbetracht ferner, dass unter 170 Sectionen von Paralytikern am Hirn selbst und an seinen Häuten characteristische Zeichen von Syphilis nicht gefunden sind, und dass es dem Verf. nicht gelungen ist, durch antisyphilitische Theraphie die Paralyse zu heilen oder auch nur aufzuhalten, sieht er sich desshalb zu dem Schlusse berechtigt, dass die Syphilis nur als eine der prädisponirenden Ursachen der Paralyse betrachtet werden dürfe. In erster Linie komme hier der Kampf um's Dasein und in zunehmenden Auswüchsen und Schattenseiten des socialen Lebens in Betracht, in zweiter die Trunksucht, in dritter die Syphilis, in vierter die Heredität. Kron (Berlin).

---

284) **Tigges** (Düsseldorf): Behandlung der Psychosen mit Electricität.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41. Heft 4 u. 5. 1885.)

Diesem *speciellen Theil* der sehr ausführlichen mit Tabellen und Krankengeschichten reichlich durchflochtenen Arbeit sei folgendes

entnommen: Von Melancholie wurden 15 Fälle (9 M. 6 Fr) mit günstigem Erfolge behandelt. Dieselben waren sämmtlich mit mehr oder weniger starken Sensationen verbunden. In 5 Fällen wirkte der constante Strom besonders günstig (z. Th. leichte Melancholieen). In 7—16 Tagen namhafter Abfall der Krankheitshöhe, dem bald ein noch grösserer bis nahe an die Grenze der Genesung folgte, so dass man dieser in 11, 14, 18, 19, 30 Tagen sehr nahe war. In 2 weiteren Fällen von je $^1/_4$ Jahr resp. 1 Jahr Dauer trat nach 5 Tagen, resp. 3 Wochen bedeutende Besserung ein. Eine andere Gruppe von Fällen (16, 7 M. u. 9 Fr.) wurden auch mit günstigem Erfolge, aber weniger evident als die vorigen behandelt. Eine momentan oder partiell günstige Einwirkung zeigte der const. Strom in 38 Fällen von Melancholie (16 M. 22 Fr.). Es folgen sodann 27 Fälle von Melancholie (9 M. 18 Fr.) bei welchen kein Einfluss auf den Krankheitsverlauf, sondern höchstens ein symptomatischer auf einzelne Krankheitserscheinungen constatirt werden konnte. Von Melancholie mit Stupor wurden 3 Fälle mit evident günstigem, 7 mit günstigem, doch weniger evidentem, 13 mit momentan evidentem oder partiell günstigem Erfolge, 4 ohne besonders bessernden Einfluss behandelt. — In der Rubrik „Wahnsinn“ finden wir nur Fälle mit höchstens momentan oder partiell günstigem Erfolge bezeichnet: Es sind 11 Fälle (6. M. 5 Fr.). Die günstige Wirkung, momentan und z. Th. eine Zeit lang andauernd, erstreckte sich namentlich auf die Sensationen, Unruhe, grössere geistige Regsamkeit, auf das Zittern, in einem Falle anscheinend auch auf die Gesichtshallucinationen. Besserung von Sensationen etc. erkannte Verf. auch bei 14 (12 M. 2 Fr.) Fällen von Blödsinn.

Von Manie sind 15 Fälle electrisch behandelt worden und zwar mit mässig günstigem Erfolg 1, mit momentan oder partiell günstigem Erfolg 7, mit weniger günstigem oder keinem Erfolge 7. Die Zahl der mit Electricität behandelten Epileptiker betrug 6 (2 M. 4 Fr.). Bei allen waren tobsüchtige Anfälle vorhergegangen. In 2 dieser 6 Fälle wurde eine Abnahme der Anfälle während und eine Zeit lang nach dem Electrisiren constatirt, in einem Fall nahm die Zahl der Anfälle zu, bei den übrigen gab sich in dieser Hinsicht kein Erfolg zu erkennen. In 2 Fällen besserte sich die begleitende Verstimmung, in 2 anderen nahmen die Sensationen ab. In 1 Fall trat ein längere Zeit andauernder Erfolg auf die Sehstörung, in 1 Fall ein bessernder Erfolg auf die Salivation ein. Von 6 Fällen mit Tabessymptomen (keine reinen Tabesfälle) wurden 2 günstig beeinflusst: in einem Falle Besserung der Ataxie und der motorischen Kraft, des Schwindels und der Sehstörungen, der sensibelen Defecte, auch der psychischen Symptome, in einem anderen momentane und dauernde Besserung aller sensiblen Beschwerden und der Verstimmung. Ein Fall wurde in Bezug auf Sensationen, motorische Störungen und Schwindel, ein anderer in Bezug auf Sensationen und Gereiztheit vorübergehend, ein anderer Fall ebenso in Bezug auf Stimmung, Schwindel und Sensationen behandelt.

Kron (Berlin).

285) **M. Salomon:** Ueber Doppeldenken. (Inaug. Dissert. Breslau 1885.)

Verf. berichtet in grosser Ausführlichkeit über 2 Fälle von sog. Doppeldenken, welche er in der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus zu beobachten Gelegenheit hatte. S. kommt zu dem Schluss, dass das Doppeldenken als ein hallucinatorischer Vorgang aufzufassen sei in Folge einer „centrifugalen Erregung der Perceptionscentren durch den Vorstellungsreiz". Koenig (Dalldorf).

---

286) **Rieger** (Würzburg): Zur Kenntniss der progressiven Paralyse. (Aus den Schlussberichten der phys. med. Gesellsch. zu Würzburg 1884.)

Verf. berichtet über eine eigenthümliche Störung der Fähigkeit des Lesens, welche er bei Paralytikern beobachtet hat. Im Laufe des letzten Jahres ist ihm nur ein Fall vorgekommen, welcher dieses Symptom bot, nur diesen schildert er auf das eingehendste.

Es handelt sich um einen 41jähr. Mann, der früher eine bessere als die ganz gewöhnliche Schulbildung besessen hatte. Ende Mai 1884 wurde er auf die Irrenabtheilung des Juliushospitals gebracht, wo er das characteristische Bild des Paralytikers bot. Er konnte noch gut lesen und schreiben, während sich bei einfachen Rechenaufgaben schon schwere Defecte zeigten. Im Juli hingegen trat eine eigenthümliche Störung im Lesen hervor z. B. las er „das Mächtigen aus dem Festung" statt „das Mädchen aus der Fremde", „Wirklicher Desicherer" statt Weltverbesserer etc. Bei Wiederholungen erging sich Patient in allerhand Variationen der unsinnigsten Wortbildungen, wobei er nie Fehlen jeder Selbstkritik zeigte, trotzdem er in anderer Hinsicht ein fast überraschendes Erhaltensein mancher Leistungen zeigte. Aphasie war *nicht* vorhanden.

Ueber die mannigfachen anderen mit dem Patienten vorgenommenen Untersuchungen im Nachschreiben, Abschreiben, Rechnen, Erklärung von Bildern und dgl. mehr möge im Original nachgesehen werden.

R. spricht sich zu Ende seiner Arbeit dahin aus, dass man bis jetzt diese eigenthümliche Störung des Lesens nur bei der Paralyse gefunden habe, und dass sie deshalb vorkommenden Falles als practisches Mittel zur Differentialdiagnose benutzt werden könne.

Bis jetzt liegt auf Grunde der gemachten Sectionen derartiger Paralytiker keine Ursache vor, die gefundene Störung beim Lesen als Symptom eines anatomisch nachweisbaren begrenzten Herdes zu betrachten, obwohl die Möglichkeit zugegeben werden muss, dass sie auch einmal als Symptom einer Herderkrankung auftreten könnte, Paralexie kann man die Störung nicht nennen, da es sich nicht um Apoplektiker sondern um Paralytiker handelt, auch nicht um allgemein Aphasische. Auch den Ausdruck „Schriftblindheit" möchte R. nicht gerne gebrauchen; man kann die Sache dahin zusammenfassen, dass die Störung in der Fähigkeit des Lesens ihre Färbung erhält durch die allgemeine Geistesschwäche und Kritiklosigkeit der Paralytiker, dass sie aber andererseits eine mehr isolirte Störung ist, die sich nicht bei jedem Paraly-

tiker unmittelbar von selbst aus der Krankheit ergibt, wie ähnliche Störungen in Folge von Schlaganfällen es thun.

Um die Ausführung solcher methodischer Prüfungen zu erleichtern hat R. die bei dem vorstehenden Fall durchgeführten Proben in ein verallgemeinertes Schema gebracht, welches in nächster Zeit veröffentlicht werden soll. Koenig (Dalldorf.

---

287) **W. Nasse** (Bonn): Ueber subcutane Eisenanwendung bei Psychosen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41, Heft 4 u. 5 1885.)

Die bisher empfohlenen Eisenpräparate eignen sich wegen der stark reizenden örtlichen Einwirkung nicht zu subcutanen Injectionen. Verf. macht deshalb auf ein von dem Chemiker H. Finzelberg in Berlin hergestelltes und von ihm selbst erprobtes dialysirtes Peptoneisen aufmerksam (Lösung von dialysirtem basischem Eisenoxyd in Fleischpepton — dieses hergestellt durch Digestion von Fleisch mit Finzelberg's Pepsinpulver in Salzsäure — auf den Dialysator gebracht, um die im Pepsin enthaltenen Salze zu entfernen, dann zur Trockenheit eingedampft). Es ist dies ein im Wasser leicht lösliches, rothbraunes, Jahre lang haltbares Pulver. Das Präparat, Ferr. oxyd. solub. pro injectione Finzelberg,*) hat einen Gehalt von 25% Eisenoxyd Es mus in der Lösung von 1 zu 10 Wasser vorsichtig zum Kochen gebracht (wobei es sich nicht zersetzt) und dann sofort filtrirt werden. Eine Spritze (zu 1 Gr.) enthält 0,1 Ferr. pepton., resp. 0,025 Eisenoxyd. Die klare Lösung muss kühl gehalten und erneuert werden, sobald sie eine Trübung zeigt. Kron (Berlin).

---

288) **Heinrich Landerer** (Kennenburg): Heilung einer Psychose unter dem Einfluss eines Erysipels des Kopfes. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41, Heft 4 u. 5 1885.)

Ein 22 jähriges Mädchen erkrankte während einer 3—4 Monate bestehenden ausgeprägten Melancholie an einem sehr heftigen Kopf- und Gesichtserysipel, das zu ausgedehnter Eiterung der behaarten Kopfhaut führte. Ganz parallel mit dieser acuten somatischen Erkrankung ging die psychische Störung bis zur völligen, anhaltenden Genesung zurück. Kron (Berlin).

---

289) **Fröhlich:** Geisteskrankheiten und Selbstmorde in der Armee. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 41, Heft 4 u. 5 1885.)

Im Laufe des Rapportjahres 1881/82 erkrankten in der preussischen Armee und dem 15. Armeecorps (355794 Mann) 120 Mann an einer Geisteskrankheit (0,34‰). 13 standen noch aus dem vorhergehenden Jahre in Behandlung; von sämmtlichen Kranken starb einer (Invalide) an Altersblödsinn, 16 wurden geheilt, 53 kamen in Irrenanstalten, 52 gingen anderweitig ab (dienstunbrauchbar, invalide etc.) Die Aetiologie führte meistens auf das ausserdienstliche Vorleben zurück,

*) Zu beziehen bei H. Finzelberg's Nachfolger in Andernach.

nur in drei Fällen konnte der (psychische) Einfluss des Militärdienstes als mittelbare Veranlassung angesehen werden. Heredität war nur in 4 Fällen mit Bestimmtheit nachzuweisen, zum grössten Theile waren schwerere andere Erkrankungen vorangegangen, z. B. in 3 Fällen akuter Gelenkrheumatismus (1 Wahnsinn, 2 Melancholien, von den beiden letzteren führte einer zum Selbstmordversuche, der Beginn des Leidens war von heftigen Herzpalpitationen begleitet, der andere Fall war mit Pericarditis complicirt) in 1 Falle Abdominaltyphus, in 1 Falle Meningitis cerebrospin. (progress. Paralyse) in 1 Falle Wechselfieber (Melancholie) in 3 Fällen Syphilis, in 1 Falle Insolation (dazu starke hereditäre Belastungen). Von den einzeln Krankheitsformen kamen der Zahl nach zuerst Melancholie, dann Dementia paralytica, epileptisches Irresein. Selbstmorde kamen in der gleichen Zeit 281 vor (0,79‰). Der Unteroffizierstand ist erheblich höher betheiligt als die Gemeinen (75: 206). Der Dienstzeit nach prävadirt das 1. Jahr, speziell das erste halbe Jahr. Von den Selbstmördern endeten 127, (45,2% durch Erschiessen, 86 (30,6%) durch Erhängen, 42 (15,0%) durch Ertränken, 16 (5,7%) Ueberfahren lassen von der Eisenbahn, 6 (2,1%) durch Schnitt in den Hals, 4 (1,4%) durch Vergiften. Die Selbstmordversuche sind nicht eingerechnet. Die veranlassenden Momente sind in 102 Fällen unbekannt geblieben. Von den übrigen kommen auf Reue, Scham, Gewissensbisse 84, Aerger, Streit, gekränktes Ehrgefühl 43, unglückliche Familienverhältnisse 17, Geisteskrankheit 13, Leidenschaften 9, „Lebensüberdruss“ 6, Laster 4, körperliche Leiden 3.

Kron (Berlin).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, II. Arzt, 3000 M. und freie Wohnung etc. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und fr. Stat. 3) Wildbad (Katharinenstift, Geh. Hofrath Dr. von Renz), Assistenzarzt. 4) Eberswalde, zur Vertretung des 3. Arztes auf 3/4 bis 1 Jahr ein mit der Psychiatrie und dem ärztlichen Irrenanstaltsdienst vertrauter Arzt; sofort. Gehalt monatlich 200 Mark bei freier Station. Möglichkeit einer späteren definitiven Anstellung vorhanden. 5) Sachsenberg (Schwerin), III. Hilfsarzt; sofort, 1200 M. und fr. Stat. Evangelische Confession nöthig. 6) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1. Juli, 1440 M. Anfangsgehalt und fr. Stat. Verpflichtung auf 2 Jahre. 7) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und fr. Stat. 8) Alldorf (Berlin), Director 9000 M. etc. Meldungen an den Curator der Anstalt, Stadtrath Wolf in Berlin. 9) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M. und fr. Stat. 10) Saargemünd, Assistenzarzt, 1000 M. und fr Stat. 11) Pfullingen, Assistenzarzt, 1800 bis 2400 M. und freie Station.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Juni 1885. Nro. 12.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. Medicinische Gesellschaft zu Berlin. II. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

II. Referate und Kritiken. Bechterew: Ueber die Endigung der hinteren Wurzeln in der grauen Substanz des Rückenmarks und über die aus den Clarke'schen Säulen austretenden Fasern. Bechterew: Ueber die Fasern des Bindearms. Gessler: Die motorische Endplatte und ihre Bedeutung für die periphere Lähmung. Berger: Zur Localisation der corticalen Sehsphäre beim Menschen. Glaser: Ein Fall von centralem Angiosarkom des Rückenmarks. Konrad und Wagner: Ueber den Werth der Engelskjön'schen electrodiagnostischen Gesichtsfelduntersuchung. Engelskjön: Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden electrischen Stromesarten und die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. Neftel: Electrotherapeutische Beiträge. Bernhardt: Neuer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bei Facialiskrampf. Lubinski: Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Natriumnitrits und des Nitroglycerins, Legrand du Saulle: Epilepsie durch Anblick einer Leiche. Berkhan: Ueber die Störung der Schriftsprache bei Halbidioten und ihre Aehnlichkeit mit dem Stammeln. Hebold: Casuistische Mittheilungen aus der Rheinischen Provinzialirrenanstalt zu Andernach. Motet: Die durch Alcohol-Vergiftung hervorgerufenen Psychosen und deren besondere Eigenthümlichkeiten.

III. Aus den Vereinen. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

IV. Personalien.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Medicinische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 3. Juni 1885.

Vor der Tagesordnung finden folgende Demonstrationen statt:

290) Herr **Remak** stellt ein $1^1/_2$ Jahre altes Kind vor, das eine Spina bifida (wahrscheinlich Myelomeningocele) und im Gefolge derselben einen angeborenen paralytischen Klumpffuss (Pes varus) hat. Dasselbe bewegt die Oberschenkel gut, das Kniephänomen ist erhalten, die Unterschenkel und Füsse sind in der Stellung des Pes varus. Bei der elektrischen Untersuchung zeigt sich, wenn man den N. peroneus reizt, sowohl für den Inductions- als für den constanten Strom nur der M. tibialis anticus erregbar. Ihm gegenüber lassen die Wadenmuskeln etc. gar keine Reaktion erkennen, fühlen sich weich und

matsch an. Ausserdem besteht eine Störung der Blase (Inkontinenz). Auf dieses isolirte Freibleiben des Musc. tibialis anticus bei Lähmung der Unterschenkelmuskulatur hat Vortrag. schon früher aufmerksam gemacht und glaubt annehmen zu müssen, dass das Centrum für diesen Muskel im Rückenmarke höher, etwa in der Gegend des Centrums der Cruralnerven, gelegen sein müsse. Der vorliegende Fall scheint ihm ein natürlicher Beweis dafür zu sein, da nach dem Befund am Kranken der obere Theil der Lendenanschwellung normal ist, während der untere durch den pathologischen Prozess zu Grunde gegangen ist. In dem unteren Abschnitte liegt also das Centrum für die Unterschelmuskulatur, ausgenommen den Musc. tibialis anticus, und für die Blase.

291) Herr **Hadra** stellt eine *partielle Radialisparalyse in Folge von subcutaner Aetherinjection* vor. Wegen heftigen Nachblutungen nach der Entbindung waren bei der Pat. Aetherinjectionen in den rechten Vorderarmrücken gemacht worden. Alsbald trat ein Brennen in demselben auf und er wurde matt und kraftlos. Jetzt ist er noch leicht geschwollen, die Sensibilität ist intakt, keine Störung ist im Gebiete des N. med. und ulnar. vorhanden. Dagegen ist eine Volarflexion der Hand und der Finger ohne Betheiligung des kleinen Fingers vorhanden. Die Extension der Hand ist nur in ganz geringem Grade möglich. Bei Anwendung des faradischen Stromes reagiren die vom N. radialis (Ramus profundus) versorgten Muskeln, ausser dem Extens. digit. minimi gar nicht, für den constanten Strom ist die Erregbarkeit derselben herabgesetzt. Da die Affektion erst 13 Tage alt ist so kann noch EaR auftreten.

Im Ganzen sind bis jetz 10 derartige Fälle publicirt worden. Ausser dem Falle des Vortr. haben Neumann und Brieger je einen vor Kurzem veröffentlicht. Die übrigen sieben Fälle kamen in der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 7. Januar 1885 zur Sprache und zwar war Remak der erste, welcher dort die Aufmerksamkeit auf zwei solcher von ihm beobachteten Fälle lenkte und den einen davon demonstrirte. Er erwähnte ausserdem 4 ähnliche Fälle von Arnozan und Mendel theilte in der Diskussion noch einen selbst beobachteten Fall mit.

Vortrag. räth wegen des delatären Einflusses des Aethers auf die Nerven andere Stellen, z. B. an Rücken u. s. w., zu subcutanen Injectionen auszuwählen.

292) Herr **Mendel** demonstrirt das Gehirn eines 5 jährigen Knaben, der vor einem Jahre mit Zittern im rechten Arme, Intensionszittern, späterer Schwäche im rechten Beine und Verziehung des Gesichtes nach links bei freier Psyche erkrankt war. Auf dem linken Auge bestand Ptose, erweiterte Pupille, Lähmung des Musc. rect int. Der rechte Facialis war paretisch, die Zunge wich nach rechts ab, Arm und Bein rechterseits waren schwach, ersterer zeigte Flexionscontraktur der Hand, letzterer Extensioncontraktur der Unterschenkel. Sensibilität und Reflexe normal. Kühle des rechten Armes und Beines gegenüber dem linken. Elektrisches Verhalten gewöhnlich. Ophthal-

moskopisch nichts besonderes. Die Diagnose lautet demnach: *Tumor des linken Hirnschenkels* und zwar musste derselbe die Fasern des rechten Facialis und des Hypoglossus sowie der Extremitätennerven vor der Kreuzung und daneben auch noch den linken Oculomotorius treffen. Weiter machte alsdann noch eine Verdichtung der Lungenspitze bei dem Knaben das Vorhandensein eines Tubercels im linken Hirnschenkel wahrscheinlich. — Im weiteren Verlauf nahm die Contraktur im Arm und Bein rechts noch zu und es trat 14 Tage vor dem Tode eine Lähmung auch des rechten Oculomotorius auf. Es zeigt sich Ptose, Erweiterung der Pupille und Lähmung der Muskeläste des Oculomotorius rechterseits und es musste eine Neuentwicklung von Tuberceln angenommen werden. Der Tod trat alsbald im Sopor ein.

Section: Grosser Tubercelknoten (2 Ctm. lang, 1,25 Ctm. hoch und breit) in der Haube des linken Hirnschenkels, dieselbe ganz zerstörend, während der Fuss noch erhalten ist. Der rothe Kern ist zerstört. Nach vorne reicht der Knoten bis zum Corpus subthalamicum linkerseits. Ausserdem circumscripte, tuberculöse Meningitis in dem Raume zwischen den Hirnschenkeln, die die rechtsseitige Oculomotoriuslähmung verursacht hat. Otto (Dalldorf).

II. Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten zu Berlin.

Sitzung vom 8. Juni 1885.

293) (Vor der Tagesordnung): Herr **Hirschberg:** *Krankenvorstellungen.* Der 31 jährige Mann hat eine *doppelseitige Ophthalmoplegie* und zwar Ptose, Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln; nur eine ganz leichte Trochlearisrollung ist möglich. Die Acommodation und die Pupillen verhalten sich normal. Das Leiden ist angeboren und die Mutter des Pat. zeigt dieselben Erscheinungen. Das neunmonatliche Kind (Sohn) der Pat. hat *Epicanthus,* Ptosis congenita und kann ferner die Bulbi nicht heben (Lähmung der Musc. rect. sup.) die Stellung der Augen ist eine mässige divergente oder krampfhafte Convergenzstellung. Interessant und noch nicht beobachtet ist diese hereditäre Beziehung der Ophthalmoplegie und des Epicanthus mit angeborener Lähmung der Musc. levatores palpebrarum und des Musc. rect. sup. Es dürfte sich beim Vater um eine Affektion der Kerne des Oculomotorius und Abducens handeln, beim Kinde nur um eine Betheiligung der Kerne der Nervenäste der genannten beiden Muskeln.

294) Herr **Westphal:** *Ueber einen merkwürdigen Fall von periodischer Lähmung der vier Extremitäten.*

Ein 12 jähriger, blühender und gesunder Junge, hatte im 5. Lebensjahre Scharlach, später eine Krankheit, bei der angeblich der Urin öfter untersucht wurde. Hereditär war er nicht belastet. Seit mehreren Jahren traten nun Anfangs seltener, später öfter, immer in der Nacht, Lähmungen ein in allen vier Extremitäten, welche alsbald wieder verschwanden. Zum Theil waren es leichte Anfälle von Lähmung, wobei der Knabe aufwachte, sich nicht bewegen konnte, und am nächsten Morgen war alles verschwunden. Andere dauerten länger

und zeigten schwerere Erscheinungen, wie die beiden folgenden Beobachtungen zeigen. Einmal fing die Lähmung mit Prickeln und Brennen der Haut an des Nachmittags, der rechte Fuss wurde zuerst schwach, dann beide Beine, zuletzt die Arme. In den Füssen bestand ein Gefühl von Nadelstichen, das Genick war etwas steif; es trat Durst auf und Drang zum Uriniren. Nach 3 St., also 7 Uhr Abends, konnte der Knabe nicht mehr gehen, er klappte beim Stehversuche zusammen. Es war überhaupt aktiv nur eine schwache Bewegung in dem rechten Hüftgelenke und in den Füssen möglich. Gegen Morgen machte das Drehen des Kopfes sowie das Husten Schwierigkeit. Die Lähmung der Extremitäten bestand weiter, der Sohlenreflex fehlte, während die Sehnenreflexe vorhanden waren. Die Gesichtsmuskulatur war gar nicht an der Lähmung betheiligt. Bei starken, schmerzhaften faradischen Strömen gab es nur schwache Zuckungen, sogar waren manche Nerven ganz unerregbar z. B. der Peroneus. Später traten in den Armen wieder faradische und galvanische Zuckungen auf, dagegen an den Beinen nicht, insbesondere nicht an dem Peroneus sowohl bei direkter als indirekter faradischer und galvanischer Reizung. Die Sensibilität war normal. Am folgenden Tage besserte sich der Zustand der Ober- und auch der Unterextremitäten. Der Sohlenreflex fehlte, Cremaster- und Bauchreflex waren vorhanden, das Kniephänomen war schwach. In den nächsten Tagen blieben die Strecker des Fusses nur noch etwas schwach in der Reaktion gegen elektrische Ströme, bes. der Musc. Tib. ant. und dann stellte sich ein normales Verhalten wieder ein. Am 2. Tage betrug die Temperatur im Rectum 39,0°, sonst war sie immer normal. Schweiss, Durst, Hitzegefühl waren, wie früher, auch dabei vorhanden.

Ein anderes Mal begann der Anfall um 2 Uhr Nachts und zwar wurden die Unterextremitäten schlaff gelähmt, die Oberextremitäten, Hände und Finger waren noch beweglich. Der Sohlenreflex fehlte, die Sehnenreflexe waren erhalten. Die faradische Erregbarkeit war im N. cruralis sowohl als im Musc. quadriceps erloschen, im Nerv. peroneus nur ganz schwach vorhanden. Das Kniephänomen fehlte. Am anderen Morgen verchwand die Lähmung, die elektrische Erregbarkeit sowie das Kniephänomen kehrten zurück.

Merkwürdig ist an dem Falle *das periodische Auftreten der Lähmung* und zwar immer *in der Nacht* und ferner *das Verschwinden der elektrischen Erregbarkeit* in einem gewissen Stadium der Lähmung, besonders im Gebiete der Unterschenkelmuskulatur. Eine Erklärung für die beobachteten Erscheinungen ist schwer zu geben. Für einen cerebralen Vorgang kann vielleicht die Halssteifigkeit sprechen, ein spinaler Process, in der grauen Substanz der Vorderhörner kann auch herangezogen werden, doch schwindet die elektrische Erregbarkeit z. B. bei Durchschneidung derselben nicht so rasch. Auf eine peripherische Ursache lassen sich die Erscheinungen schwer zurückführen, während Begleiterscheinungen (Hitze, Durst, etc.) auf den Sympathicus deuten können.

In der *Diskussion* fragt Herr Bernhardt*) nach dem Vorhandensein einer Milzschwellung und der Anwendung von Chinin bei dem Knaben. Es seien bei Intermittens ähnliche Erscheinungen beobachtet worden. Unter dem Einflusse eines fieberhaften Prozesses könne sich auch möglicherweise im Organismus ein Stoff bilden, der lähmende Wirkungen enthalten könne. Herr Westphal verneint die Fragen und bemerkt, dass Fieber nur einmal ausnahmweise konstatirt worden sei. Herr Remak bemerkt, dass mehrere intermittirende Spinalparalysen in der Literatur beschrieben, aber derartige Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit noch nicht beobachtet seien. Der vorliegende Fall mache den Eindruck einer Intoxicationswirkung, wie denn auch bei Kohlenoxydvergiftung die faradische Erregbarkeit schnell für kurze Zeit verloren gehen soll (Emminghaus).

Weiter gibt Herr Senator an, in der Literatur der perniciösen Malaria gäbe es ähnliche Fälle. Fieber sei nicht immer dabei. Demgegenüber weist Herr Westphal mit Hinweis auf das blühende Aussehen des Knaben die Malaria zurück und bemerkt noch, bei multipler Sclerose kämen zuweilen Anfangs ähnliche vorübergehende Erscheinungen vor. Gegenüber Herrn Sander, welcher den Stenson'schen Versuch heranzieht und die Möglichkeit eines Gefässkrampfes, ähnlich wie in der Epilepsie, nicht ganz von der Hand weisen will, weisst schliesslich Herr Westphal auf das normale Verhalten der Sensibilität hin, welches bei letzterer Annahme nicht leicht zu erklären sei.

295) Herr **Remak:** *Krankenvorstellung.* Das 30jährige Dienstmädchen erkrankte Pfingsten 1883 unter Erscheinungen eines Gelenkrheumatismus. Es bestand angeblich eine schmerzhafte Anschwellung beider Fussgelenke. Vom September deselben Jahres bis März 1884 war sie in einem Krankenhaus, da unterdess die Schmerzen sich auf den ganzen Unterschenkel erstreckt hatten, wonach später noch eine Schwäche und Empfindungslosigkeit der Unterschenkel und Füsse getreten war. Aehnliche Erscheinungen folgten dann weiterhin auch an den Armen und einmal bestand angeblich Doppelsehen. Vom März 1884 ab besserte sich die Sensibilität in den Extremitäten, zugleich wurde Pat. aber psychisch schwächer, vergesslich etc. Jetzt zeigt die Pat. leichte Zuckungen im Gesicht, besonders beim Sprechen. Die Sprache ist unbeholfen. Im Facialisgebiet ist keine Lähmung vorhanden. Kein Nystagmus, keine Augenmuskellähmung, dagegen Tremor

*) Bernhardt erwähnte eines ähnlichen von Weber in Halle beobachteten Falles. Es gelang Bernhardt denselben aufzufinden; er findet sich in der hallenser Dissertation von H. Hartwig, betitelt: Ueber einen Fall von intermittirender paralysis spinalis. Der Fall beschrieben 1874 ist 1875 in Nro. 26 des Ctbl. f. d. med. Wissensch. von Bernhardt referirt und gleicht in vieler Beziehung dem von dem Vortragenden mitgetheilten. Auch in diesem Falle war während der Lähmungsdauer die elektromuskuläre Reizbarkeit fast ganz aufgehoben und war (nach einer brieflichen Mittheilung Prof. Weber's an den Referenten, Herrn Bernhardt) Simulation oder unvollkommene elektrische Untersuchung *ausgeschlossen.*

der Zunge beim Herausstrecken. An den Oberextremitäten ist eine Atrophie der Handmuskeln, der Vorderarme, weniger der Oberarme vorhanden. Die aktive Beweglichkeit ist ziemlich gut, aber sowohl in der Ruhe als auch bei Bewegungen ist Tremor vorhanden. Leichte Krallenstellung der Finger. Ferner hat sich die Sensibilität bedeutend gebessert (Anfangs hatte die Pat. eine Herabsetzung der Schmerzempfindung und taxirte Geldstücke zu klein): nur bestehen jetzt noch Schmerzen im linken Arm. Der Gang ist schleppend, breitbeinig, dabei sieht Pat. auf die Füsse, ist unsicher, schwankt bei geschlossenen Füssen mit oder ohne Schliessen der Augen. Das Kniephänomen fehlt. Die Ober- und Unterschenkel sind ziemlich gut entwickelt. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden, während die Motilität auch ziemlich gut ist. Blase intakt. Psyche schwach, vergessliches, schreckhaftes Wesen. Merkwürdig ist das elektrische Verhalten und zwar reagirten die N. faciales auf den galvanischen Strom Anfangs gar nicht, was sich nur wenig geändert hat, während beim faradischen Strom gar keine Zuckung erfolgt. Auch in den meisten übrigen Nerven und Muskeln fehlt die elektrische Erregbarkeit. Am besten reagirt noch der Nerv. accessorius bei starken Strömen, weniger der Musc. biceps und supinator longus, sowie einige Muskeln der Unterextremitäten, während alle anderen jegliche Reaktion vermissen lassen.

Das wesentliche des Falles lässt sich also kurz dahin zusammenfassen, dass sich nach einem Gelenkrheumatismus eine atrophische Lähmung der Ober- und Unterextremitäten einstellt, verbunden mit Sensibilitätsstörungen, Tremor, Sprachstörung, psychischer Schwäche und schweren Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Es ist besonders zu bemerken, dass im *Facialisgebiet* während des ganzen Verlaufes *keine Lähmung* bestand und dass die *elektrische Erregbarkeit* in diesem Gebiete *aufgehoben* ist, ohne dass vorher daselbst eine Lähmung bestand — ein Fall, der wohl einzig dastehen dürfte.

In der Literatur sind Fälle von aufgehobener elektrischer Erregbarkeit in Muskeln, die nie gelähmt waren, von Erb (bei Bleilähmung schwere Entartungsreaktion), Kahler und Pick (Poliomyelitis anterior, in welchem Falle — dem vorliegenden allein nahestehend — auch der Facialis in seiner Erregbarkeit bedeutend eingebüsst hatte), Bernhardt (letztere auch ohne Betheiligung des Gesichtes) und Anderen niedergelegt.

Was den Sitz des zu Grunde liegenden Prozesses betrifft, so geht die Anschauung des Vortrag. dahin, dass wahrscheinlich peripherische und centrale Veränderungen zu Grunde liegen bei dem gemischten Symptomencomplexe, nicht eins von beiden allein. Es könnte wohl eine multiple Neuritis, die ja zu Gelenkrheumatismus Beziehungen habe, und eine multiple Sclerose hier zusammen bestehen.

In der *Diskussion* fragt Herr Oppenheim, ob Alkoholismus etwa vorliege. Man finde bei multipler Neuritis auf solcher Basis ähnliche psychische Störungen. Herr Remak kann die Frage verneinen. Herr Jastrowitz theilt kurz einen dem hierhergehörigen

ähnlichen Fall mit. Herr Remak betont nochmals, dass das Besondere des vorliegenden Falles in der Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit im Facialis ohne Lähmung desselben liege.

Otto (Dalldorf).

II. Referate und Kritiken.

296) **W. Bechterew:** Ueber die Endigung der hinteren Wurzeln in der grauen Substanz des Rückenmarks und über die aus den Clarke-'schen Säulen austretenden Fasern.

297) **W. Bechterew:** Ueber die Fasern des Bindearms.

(Mittheilung in der Aprilsitzung des Psychiatrischen Vereins in St. Petersburg.)

1) Auf Grundlage seiner Untersuchungen an embryonalen Rückenmarken kommt B. zu dem Schlusse, dass die grösste Anzahl, (wenn nicht alle) von Fasern der hinteren Wurzel vorläufig in der grauen Substanz des Rückenmarks endigen und hier mit den Ganglien sich verbinden. Er hält die entgegengesetzte Ansicht, welche sich auf die häufige, sich in den Goll'schen Strängen bis zum verlängerten Mark verbreitende Degeneration nach Unterbrechung der peripheren Nervenstämme und hinteren Wurzeln (Druck auf die cauda equina beim Menschen), stützt, für falsch 1) weil nach neuen pathologischen Befunden und experimentellen Untersuchungen (besonders v. Gudden's) die in den Verlauf der Nervenfasern eingestreuten Ganglienzellen eine Ausbreitung der Degeneration auf die andere Seite nicht verhindern könne und 2) weil seine eigenen Untersuchungen gezeigt haben, dass die Fasern der Goll'schen und des hinteren Abschnittes der Burdach'schen Stränge sich bedeutend später mit Myelin umkleiden als die hinteren Wurzeln; nur die vorderen äusseren Abschnitte der Burdach'schen Stränge erhalten gleichzeitig mit den hintern Wurzeln ihre Myelinhülle und stellen augenscheinlich die Fortsetzung der letzteren dar. Aber auch diese Fasern ziehen nur eine kurze Strecke in die Höhe, wie es histologische Untersuchungen zeigen, und treten dann von Neuem früher oder später in die graue Substanz des Rückenmarks ein.

B. kommt hinsichtlich des Ortes, an welchem die hinteren Wurzeln endigen nach Untersuchung von mit Hämatoxylin (Weigert) und Gold (Freud) gefärbten Schnitten von neugeborenen und fötalen Rückenmarken zu dem Schlusse, dass ein Theil des äusseren Bündels der hinteren Wurzeln schon in den zerstreuten Zellen der Hinterhörner endigt, ein anderer Theil aber entweder direct oder zuerst seine horizontale Richtung in eine verticale ändernd und nach oben oder unten von der Rolando'schen Substanz gehend, weiter nach vorne verläuft. Dieser Theil stellt einen mehr oder weniger compacten Strang dar, von dem einige Fasern bereits in der mittleren Region der grauen Substanz sich zwischen den hier befindlichen Zellen verlieren, andere aber die Basis der Vorderhörner erreichen und in das zwischen

den vorderen grossen Gangliengruppen gelegene Nervennetz aufgehen, endlich gehen noch andere Fasern zur vorderen Commissur und ziehen mit Fasern dieser letzteren zum Grundbündel der contralateralen Vordersäule. Die hintere Commissur erhält verhältnissmässig wenige Fasern von den Wurzeln, da selbst bei Neugeborenen die grösste Anzahl der Fasern der hinteren Commissur marklos ist. Die Mehrzahl der Fasern im vorderen Bündel der Hinterwurzeln tritt an die Clarke'schen Säulen hinan, wo sie als dichtes Netz sich mit den Ganglienzellen verbinden.

Aus den Clarke'schen Säulen entspringt eine Menge von Fasern, welche die zelligen Elemente der Clarke'schen Säulen mit anderen Abschnitten des Rückenmarks verbinden, und in drei hauptsächlichen Richtungen sich verbreiten. Der eine Theil tritt als starkes Bündel aus der vorderen äusseren Seite der Clarke'schen Säulen heraus, biegt nach aussen um und erreicht die Peripherie des Rückenmarks, wo er den directen Kleinhirnstrang (Flechsig) bilden hilft. Ein anderer Theil der Fasern tritt aus dem vorderen Abschnitte der Clarke'schen Säulen aus, geht fast gerade nach vorn, zerstreut sich theils an der Basis des Vorderhorns, theils geht er an die vordere Commissur, und damit auf die andere Rückenmarkshälfte über. Der dritte Theil der Fasern tritt als ziemlich grosses Bündel aus dem hinteren und theilweise aus dem vorderen Abschnitte der Clarke'schen Säulen in der Richtung zu den Burdach'schen Strängen hin heraus, von welchen ein Theil auch in die Goll'schen eintritt. Es scheint aber unzweifelhaft zu sein, dass die Hauptmasse der Goll'schen Stränge nicht in den Clarke'schen Säulen, sondern in den zerstreuten Zellen der Hinterhörner entspringt; von hier aus gehen die den Goll'schen Strang bildenden Fasern zur hinteren Commissur, biegen dann nach hinten um und verlaufen hier fast parallel mit der hinteren Commissur bis zum peripheren inneren Abschnitte der Hintersäulen.

2) Ueber die Fasern des Bindearms (crus cerebelli anterius).

In Bezug auf die zeitlich aufeinander folgende Umkleidung der Fasern mit Myelin unterscheidet B. am Bindearm 3 besondere Züge, von denen zwei in das Kleinhirn eintreten, der dritte aber eine Commissur darstellt, welche nur auf einer kurzen Strecke die Fasern des Kleinhirnschenkels begleitet und von Myelin früher (bei Embryonen von 25 — 30 Centm.) als die beiden anderen Züge umkleidet wird. Ihre Fasern überschreiten die Mittellinie unter den hinteren Vierhügeln hinter der Kreuzung des vorderen Kleinhirnschenkels, verlaufen an dessen centraler Seite mit ihm zusammen nach hinten, treten aber nicht in das Kleinhirn ein, sondern verlieren sich in der nächsten Nähe einer besonderen Zellenanhäufung, welche sich im inneren Abschnitte des corpus restiforme unmittelbar hinter dem Deiters'schen Kerne befindet. Die beiden andern Faserzüge bilden mit den Stamm des Kleinhirnschenkels an seiner Kreuzung unter dem Vierhügel, der eine von ihnen ist bei Embryonen von 33 — 35 Centim. Länge mit Myelin bekleidet, der andere erst bei 42 — 44 Centim. langen Embryonen. Der erste Faserzug nimmt den dorsalen Theil des Bindearms ein und geht in

den Dachkern der gleichseitigen Körperhälfte über, der zweite, später sich mit Myelin bekleidende verläuft zwischen dem ersten und der oben erwähnten Commissur und erreicht im Kleinhirn den Kugel- und den Propfkern, zwischen deren Elementen seine meisten Fasern verschwinden. Die Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels stehen somit ohne allen Zweifel weder mit dem corpus dentatum, noch mit der Rinde des Kleinhirns in Verbindung, da selbst bei Embryonen von 44 Centim. Länge weder im corpus dentatum, noch im grössten Theile der Kleinhirnrinde (mit Ausnahme des Wurmes) sich keine einzige myelinhaltige Nervenfaser findet. Hinze (St. Petersburg).

---

298) **H. Gessler** (München): Die motorische Endplatte und ihre Bedeutung für die periphere Lähmung. Mit 4 Tafeln.
(Leipzig bei F. C. Vogel, 1885.)

Bisher sind die letzten Verzweigungen und Endigungen des Nerven im quergestreiften Muskel vorwiegend Gegenstand histologischer Forschung gewesen. Dieselbe hat zwar noch keineswegs eine endgiltige Einigung erzielt und es bestehen zur Zeit noch manche Controversen auf diesem Gebiete. Nichts destoweniger ist die vorliegende Abhandlung, welche die „motorische Endplatte“ in den Kreis der experimentellen Untersuchung zieht, ihre Degeneration und Regeneration bei peripherer traumatischer Lähmung untersucht als besonders wichtig zu bezeichnen zu einer Zeit, wo jedes differenzirende Moment zwischen centraler und peripherer Lähmung erwünscht erscheinen muss. Da nun Flesch unlängst die Analogie zwischen den Endplatten der Säugethiere, Reptilien und denen der Menschen hervor gehoben, so können wir getrost die bei der experimentellen Degeneration gesetzten Veränderung der ersteren auf letztere übertragen.

Aus den histologischen und pathologischen Vorbemerkungen, welche vom Verf. aufgestellt sind, erwähnen wir nur, dass die präterminale markhaltige Nervenfaser unter rechtem Winkel an die Mitte der Muskelfaser herantritt, sich in zwei oder mehr markhaltige Zweige theilt, die sich in eine marklose Endverästelung fortsetzen, welche „Nervengeweih“ (Kühne) genannt wird. Nach Ranvier zwischen, nach Kühne unter diesem Nervengeweih liegt eine feinkörnige, granulirte Masse mit zwei verschiedenen Kernsorten: kleineren granulirten — noyaux vaginaux und N. de l'arborisation — und grösseren ovalen doppeltcontourirten mit einem glänzenden Kernkörperchen — N. fondamentaux. In Betreff der wichtigen Frage, ob das Nervengeweih mit der Muskelsubstanz in Continuität oder Contiguität steht, oder ob dasselbe durch die dazwischen gelagerte Plattensohle von ihr getrennt ist, neigt Verf. der Ansicht derer zu, die sich für eine Continuität entscheiden. Die granulirte Substanz der Endplatte sieht Verf. mit Krause und Kühne für nervös an. Die Degeneration der motor. Endplatte bei peripherer traumatischer Lähmung wurde an Meerschweinchen und Eidechsen studirt. Der operative Eingriff bestand beim Meerschweinchen stets in Quetschung eines oder beider Ni. ischia-

dici, die electrische Erregbarkeit wurde am N. peronaeus, am musc. gastrocnemius und tibialis untersucht.

Das Resultat der ausführlich mitgetheilten Versuche ist, dass wir beim Meerschweinchen nach Nervenquetschung die ersten Zeichen der Degeneration am zweiten Tage in den Grundkernen der Endplatte und den isolirten, zum Muskel tretenden Nervenfasern finden, während weder die Nervengeweihe, noch die einzelnen Fasern des gequetschten Nerven eine Alteration zeigen. Erst vom 3. Tage ab, oder noch später Degeneration der letzteren. Die Affektion der Grundkerne ist vorübergehend, im ganzen Vorstadium der Entartungsreaction finden sich normale Kerne und normale Geweihe. Auch mit dem Eintritt der EaR keine wesentliche Veränderung, erst wenn die Atrophie der Muskelfasern einen gewissen Grad erreicht hat, schwinden die letzten Nervengeweihe. Aus diesem Grunde besonders eruirt Verf. die Wechselbeziehung zwischen Muskelfasern und Nervengeweih und demnach die Continuität zwischen Nerv und Muskel. Sowie aber die Atrophie der Muskelfasern sich nur einigermassen ausgeglichen hat, finden wir die Endplatte in Kernen und Nervengeweih vollständig wieder hergestellt. Die Regeneration der Endplatte ist somit das Erste, was von regenerativen Vorgängen bei der peripheren traumatischen Lähmung vollendet ist.

Da die motor. Endplatte der grünen italienischen Eidechse am meisten Aehnlichkeit mit derjenigen der Warmblüter zeigt, so wurde die Untersuchung an dieser angestellt. Die Degeneration der Nerven, Muskeln und Endplatten der Kaltblüter schreitet aber viel langsamer vorwärts, als diejenige der Warmblüter, wesshalb bei einer event. Vergleichung stets diese zeitliche Differenz zu berücksichtigen ist. Die Vergleichung zeigt uns nun, dass die Degeneration der Nerven bis in ihre letzten Endigungen in analoger Weise vor sich geht, wie beim Warmblüter. Die Regeneration der Endplatte konnte nicht beobachtet werden, da es nicht gelang, die Thiere so lange am Leben zu erhalten. Fundamental ist aber der Unterschied darin, dass zu einer Zeit, wo beim Warmblüter noch zahlreiche Endplatten wohlerhaltene Nervengeweihe zeigen, EaR eintritt, diese beim Kaltblüter trotz der Degeneration der Nerven bis in seine letzten Endigungen fehlt. Schon Erb hat auf dies Verhalten der electrischen Erregbarkeit beim Kaltblüter aufmerksam gemacht, da er aber die Degeneration der Nerven bis in seine letzten Endigungen nicht verfolgte, so konnte er ebensowenig wie Sokolow, welcher seine Untersuchungen nicht lange genug fortsetzte, bündige Schlüsse aus seinen Versuchen ziehen. Das Fehlen der EaR trotz degenerirter Nervenendigungen beweist nun zunächst, dass die motorische Endplatte nicht das regulirende Centrum für die Muskelfaser darstellt, dessen Wegfall die Entwicklung der EaR bedingt. Halten wir dagegen die Thatsache, dass beim Warmblüter EaR im Muskel bereits vorhanden ist zu einer Zeit, wo die Nervenendapparate noch nicht vollständig degenerirt sind, so ergibt sich, dass die Entwicklung der EaR noch viel unabhängiger von der Degeneration der Nerven sein muss, als bisher angenommen wurde, und dass die Ursachen

derselben einzig und allein in der Muskelfaser selbst zu suchen sind. Die Degenerationsvorgänge bei der peripheren traumatischen Lähmung zeigen aber zwischen Warm- und Kaltblüter nicht blos eine zeitliche Differenz. Vielmehr sind sie histologisch auch dadurch unterschieden, dass beim Kaltblüter sowohl der hohe Grad von Atrophie der Muskelfaser, als auch die Vermehrung der Kerne des Sarkolems fehlt, welche beide prägnant beim Wärmblüter hervortreten. Sehen wir uns aber die Muskeln der Meerschweinchen am 28. Tage nach der Lähmung an, so sind sie bereits auf den 4. Theil, am 14. Tage (also bei eben ausgebildeter EaR) auf die Hälfte ihrer Breite reducirt, während bei der Eidechse am 24. u. 90. Tage die Breite der kräftigsten Fasern normal, resp. um einen ganz kleinen Bruchtheil vermindert erscheint. Desshalb ist es einzig und allein die Atrophie der Muskelfaser, welche die träge Zuckungsform bei der EaR der Warmblüter hervorruft. Die Uebererregbarkeit des Muskels für den constanten Strom ist aber begründet in der Wucherung und Vermehrung der Sarcolemskerne (die beim Kaltblüter fehlt), eine entzündliche Erscheinung, welche die stärkere Reizbarkeit im Gefolge hat. In Bezug auf die Erklärung der Umkehr der Zuckungsformel sind wir auf die Annahme chemischer Veränderungen angewiesen, ebenso wie bei der im Vorstadium der EaR im Muskel zu Tage tretenden allmälichen Herabsetzung für den constanten und viel stärkeren Verminderung der Erregbarkeit für den faradischen Strom, dessen Erlöschen Neumann richtig dahin deutet, dass der Muskel die Fähigkeit verloren habe, auf kurz dauernde Ströme zu reagiren. Beim Kaltblüter bleiben diese hypothetischen chemischen Alterationen während der ganzen Zeit der Degeneration des Nerven auf dem Stadium, wie wir ihn beim Warmblüter im Vorstadium der EaR finden, während bei letzterem sie sich zu höheren Graden entwickeln. „Die ganze Differenz in der Degeneration der Muskeln zwischen Warm- und Kaltblüter muss schliesslich darin bestehen, dass die Nervenverletzung beim Warmblüter eine zu einer entzündlichen Resorption der Muskelsubstanz führende Alteration des intermusculären Gefässsystems zur Folge hat, die beim Kaltblüter ausbleibt.“ Wenn nun, wie aus obigem erhellt, die typische Entartungsreaction im Muskel auch ohne Affektion der Nervenapparate eintreten kann, so ist auch für die myopathischen Lähmungen die Möglichkeit des Vorkommens der EaR zugegeben. Ferner bilden die vorliegenden Untersuchungen einen Beweis für die Haller'sche specifische Muskelirritabilität. Die normale nervenlose Muskelfaser muss im Hinblick auf das oben Erörterte genau ebenso reagiren, wie die innervirte, letztere ist nur leichter electrisch erregbar. Den Schluss der Abhandlung bildet der Versuch, auf histologischem Wege für die verschiedenen Ursachen der atrophischen Lähmung Unterscheidungsmerkmale zu gewinnen. Es können dazu natürlich nur Fälle von partieller EaR verwendet werden. Die hypothetischen diesbezüglichen Sätze des Verf.'s möge man im Originale nachlesen.

Indem wir hiermit unser Referat schliessen, dessen Ausführlichkeit man im Hinblick auf die Wichtigkeit der Thatsachen würdigen

möge, wollen wir nicht unterlassen, auf einen vor 10 Jahren erschienenen Aufsatz von M. Bernhardt aufmerksam zu machen (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVI. Bd. 1875), der freilich auf ganz anderem Wege zu einem ähnlichen Resultat kam, wie Gessler. Anknüpfend an einen Fall von rheumatischer Facialislähmung, welcher erhebliche Abweichungen von der Norm darbot, kam er zu der Erwägung, dass bei den sogenannten „Mittelformen" der Lähmungen, der krankmachende Reiz den Muskel selbst treffen müsse, wenn auch zugleich mit den von ihm untrennbaren Nervenendigungen, welche er aber von vornherein entweder unverändert lässt oder doch nur so afficirt, wie sie sich im späteren Stadium beginnender Heilung bei ganz schweren Lähmungen befinden mögen. Versuche an Fröschen und Kaninchen, denen ein Ischiadicus durchschnitten und die mit Curare vergiftet waren, belehrten ihn, dass nach Curarevergiftung selbst in den Muskeln, deren Erregbarkeit schon vor der Vergiftung durch die Nervendegeneration herabgesetzt war, kein Erlöschen der Erregbarkeit eintritt, und ferner, dass die in Folge eines krankhaften Processes in den Muskeln entstandene erhöhte Erregbarkeit fortdauert nach Eliminirung jeden Nerveneinflusses durch Curare. Auch B. nimmt, „wenigstens unter bestimmten Verhältnissen" eine specifische Irritabilität des Muskels an. Goldstein (Aachen).

---

299) **O. Berger** (Breslau): Zur Localisation der corticalen Sehsphäre beim Menschen. (Sep.-Abdr. aus der Bresl. ärztl. Zeitschr. 1885. Nr. 1, 3—5.)

Verf. gehört zu denjenigen Klinikern, die eine Localisation in der Grosshirnrinde des Menschen als unbedingt bestehend annehmen. Für die „motorische Zone" ist das klinische Material ein sehr grosses, während für die distincte Localisation der sensorischen Funktionen beweisende Beobachtungen noch sehr gering sind. Schon bevor Munk durch seine Exstirpationsversuche den Beweis erbracht hatte, dass der Hinterhauptslappen zum Gesichtssinn, der Schläfenlappen zum Gehörssinn in Beziehung steht, hatte Wernicke mit der Begründung der „sensorischen Aphasie" in der linken I. Schläfenwindung des Menschen, welche Region Verf. „Wernicke'sche Region" zu benennen vorschlägt, den Sitz des sensorischen Sprachcentrums entdeckt. Verf. verfügt über 4 einwandsfreie Beobachtungen zur Begründung dieses Centrums und auch der erste der hier mitgetheilten Fälle ist ein Beleg für dasselbe. Folgende 3 Fälle eines ziemlich umfangreichen Material dienen als Beweis für die Localisation des corticalen Sehcentrums im Hinterhauptslappen.

I. C. Luckenwald, Arbeiter, 71 Jahre alt, aufgenommen den 23. Dezbr. 1881. Pat., Potator stren. klagte im Mai 1881 plötzlich über Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes und Verschlechterung des Sehvermögens, welche Erscheinungen bereits anderen Tages sich wieder verloren, und erst am 2. Dezember 1881, also 7 Monate später, wiederkehrten. Dabei soll die Sprache verwirrt gewesen sein. Bewusstsein erhalten. Hauptklage war der plötzliche, vollständige Verlust seines Sehvermögens.

Stat. praes. Schlaffe atrophische Muskulatur. Temp. 38, Puls gespannt 80, regelmässig. Radialis rigid. Sensorium leicht benommen. Auf alle Fragen antwortete er: ich seh' ja nicht. Gehör auf beiden Ohren erhalten, ebenso Geschmackssinn. Schmerzempfindlichkeit an der rechten Körperhälfte, mit Ausnahme des Gesichts, etwas geringer als links. Der Gesichtssinn erscheint vollständig erloschen Pupillen reagiren deutlich, wenn auch etwas träge, auf Lichteinfall. Ophthalmoscop. Untersuchung (Prof. Magnus) ergab völlig normale Verhältnisse. Den an ihn gestellten Anforderungen kommt Pat. anfangs prompt nach, zeigt nach wenigen Minuten jedoch kein Verständniss mehr dafür. Auf alle Fragen gibt er obige Klageworte zur Antwort, wiederholt sehr häufig seinen Namen und einzelne zusammenhanglose Worte. Neben der rechtsseitigen Hemianästhesie wurde auch eine rechtsseitige Hemiparesis constatirt. Tags darauf Sensorium vollständig frei. Zunge weicht etwas nach der gelähmten Seite ab. Zuweilen Verwechselung einzelner Wörter beim Sprechen z. B. „Fass" statt „Glas". Bei willkürlicher Erhebung beider Arme bleibt der rechte deutlich zurück und fällt sofort schlaff herab. Beim Gehen wird rechtes Bein nachgeschleift. Rechts Bauch- und Cremasterreflex geschwunden, links nachweisbar, Fusssohlenreflex rechts geringer als links. Kniereflexe beiderseits von mittlerer Intensität, rechts ein geringer Fussclonus, links kein Achillessehnenreflex auszulösen. Electromusculäre Contractilität im Gesicht und an den Extremitäten völlig unversehrt. In den nächsten Tagen verschlechterte sich der Allgemeinzustand. Auffallende Veränderung des Zustandes am 1. Januar 1882 nach einer geringen Leuchtgasintoxication, Sensorium stärker benommen, Sprachvermögen fast vollständig fort, rechtsseitige Mundparese. Rigor in allen Gelenken der rechten Körperhälfte, Pemphigusbläschen an den drei letzten Fingern der rechten Hand. Zustand besserte sich in den nächsten Tagen wieder. Contracturen am rechten Arm wurden stärker. 13. Jan. Decubitus an rechter Ferse. 20. Febr. auch am rechten Trochanter. Geringes Fieber. Verfall der Kräfte. Exitus.

Section: Linker Schläfenlappen eingesunken und gelblich verfärbt. Nervi und Tractus optici weiss, von normaldickem Querschnitt. A. Fossae Sylvii dickwandig und geschlängelt. In rechter Carotis thrombus, ebenso in linker A. profunda. Weiche, matschige Beschaffenheit des Schläfenlappens geht bis an Fossa Silvii. Linker Hinterhauptlappen bis zum Sulc. parieto-occipitalis vollständig erweicht, gelb-röthlich. Linker thal. opticus ebenfalls fast vollständig erweicht. Im vorderen Theile des Linsenkerns eine kleine Erweichungscyste, erbsengross, ebenso im hinteren Theile. Rechte Hemisphäre zeigt im Hinterhauptlappen einen ganz umschriebenen, erweichten gelb-röthlichen Herd, 10 Pfennigstück gross, im medialen Theil der ersten Windung, nur die Rinde betreffend.

Die Schlusssätze der sorgfältig dargelegten Epicrise lauten dahin, dass dem Hinterhauptslappen und zwar dem mittleren Theil der ersten Windung desselben eine besondere Bedeutung für die Sehfunction zu-

gesprochen werden muss, indem die Ausschaltung dieser Rindenschicht allein genügt, die Sehstörung herbeizuführen. Letztere ist, bei normalem Zustande der anderen Hemisphäre, nur transitorisch. In der Substitutionsfrage gilt die Hypothese, welche die Vertretung durch die correspondirenden Theile der anderen Hemisphäre behauptet.

II. C. G., 65 jährige Potatrix, litt an Lungenemphysem. Hochgradige Dyspnoë, Herzdämpfung vergrössert. Urin enthält Eiweiss. Oedem der Beine, Anasarca am vorderen und hinteren Thoraxumfange. Neigung zur Somnolenz. Pat. sah schlecht, griff fehl, sobald ihr etwas gereicht wurde. Nicht vollständig blind. Fehlen jeder Lähmung. Sprachvermögen und Sprachverständniss erhalten. Opthalmoscopisch normale Verhältnisse, Tod am folgenden Tage. Der grössere Theil der beiden Hinterhauptslappen breiig erweicht, der rechte Schläfenlappen intensiv blutig verfärbt und mit zahlreichen Blutgerinnseln bedeckt. An der *linken* Hemisphäre betrifft die roth-gelbliche Erweichung des Hinterhauptslappens die convexe Fläche und erstreckt sich von der Spitze 5 Ctm. nach vorn. An der *rechten* Hemisphäre betrifft die Erweichung, die sich wie links 3—4 Mm. von der Rinde in die Marksubstanz erstreckt, an der convexen Fläche die nach aussen gelegene Hälfte derselben.

III. C. P., 68 Jahre alt, leidet seit mehreren Jahren an zunehmender Gedächtnissschwäche; vor 2 Jahren reissende Schmerzen in Stirngegend, welche noch jetzt bestehen. Pat. sah oft 3 fach, 4 fach, konnte aber dabei arbeiten. Vor 3 Monaten trat unter plötzlich auftretendem Schwindelgefühl fast vollständige Blindheit ein; hatte nur noch Lichtempfindung. Zugleich Schwäche in Armen und Beinen. Sehstörung ging etwas zurück. Bewusstsein war stets erhalten. Wenige Tage nach Schwindelanfall soporöser Zustand, welcher 2 Tage dauerte. Opthalmoscop. Untersuchung: beide Pupillen kleiner wie gewöhnlich, ohne deutliche Bewegung bei Lichtreiz. Pupillen blass, sonst normaler Augenhintergrund. Augenspiegel ergiebt somit keinen Anhaltspunkt für das Auftreten der plötzlichen Amaurose. Keine Sensibilitäts-, keine Motilitätsstörungen. Unstillbare Diarrhoen, zunehmende Störung der Respirationsorgane. Tod. Section: Grösster Theil des *linken* Hinterhauptlappens vertieft, von oben nach unten abgeplattet. Erweichungsherd wird nach vorne begrenzt durch die vor der Fiss. parieto-occipit. gelegene Windung, nach innen grenzt er bis an den medianen Rand, nach aussen bleibt er circa 4,5 Ctm. vom hinteren Ende der 1. Temporalfurche entfernt. Nach hinten reicht die Erweichung bis zur Spitze des Hinterhauptlappens. Bei Betrachtung der unteren Fläche zeigt sich ein grosser, gelb gefärbter Herd, nach aussen bis zur unteren Schläfenfurche reichend, nach hinten durch die zwei hintersten Windungen von der Spitze entfernt, geht er nach innen etwa bis zur Fissur. calcarina. Nach vorne bildet der Gyrus Hippocampi die Grenze. An der oberen Fläche des *rechten* Hinterhauptlappens ein 1 Ctm. langer und breiter erweichter Herd. An der unteren Fläche findet sich eine gelbliche Verfärbung von geringerer

Ausdehnung. Arterien an der Basis und Convexität hochgradig sclerotisch, Thrombus in einer, welche nach dem l. Hinterhauptslappen zieht. Goldstein (Aachen).

---

300). **G. Glaser** (Ratibor): Ein Fall von centralem Angiosarkom des Rückenmarks. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 86.)

Es handelt sich um einen sarkomatösen Tumor, ausgehend von der grauen Substanz des Rückenmarks. Derselbe durchzog vom obersten Cervicalmarke an fast die ganze Länge des Rückenmarks. Das letztere war im oberen Cervicaltheile fast gänzlich mit Ausnahme eines schmalen Mantels der weissen Substanz zerstört. Die Geschwulstmasse war sehr gefässreich und zeigte an mehreren Stellen verschieden grosse zahlreiche Höhlenbildungen (Syringomyelitis). Die Häute des Rückenmarks intact. —

Der klinische Verlauf stellte sich nach dem Resumé des Verfassers folgendermaassen dar: Frau von 42 Jahren. Dauer des Leidens ca. 2 Jahre. Während einer Gravidität lancinirende Schmerzen in den unteren Extremitäten. Im Puerperium Parese derselben. Dann Besserung. Später Coordinationsstörungen. Der Gang atactisch, dann spastisch. Sensibilitätsstörungen, Harnträufeln, constante Obstipation. Melancholie mit Selbstmordideen. Erhöhung der Sehnenreflexe. Reflectorische Pupillenstarre. Cystitis. Atrophie der Haut und Muskulatur. Decubitus. Tod 2 Monate nach Beginn der Beobachtung.

Langreuter (Eichberg).

---

301) **Konrad** und **Wagner** (Wien): Ueber den Werth der Engelskjön'schen electrodiagnostischen Gesichtsfelduntersuchung. (Arch. f. Psych. u. Nv. XVI. p. 100.)

302) **Engelskjön** (Christiania): Die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden electrischen Stromesarten und die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung. Zweite Abtheilnng. (l. c. p. 1).

Die im Archiv f. Psych. früher veröffentlichten Versuche Engelskjön's (ref. d. Centralbl. 1884 p. 299 u. 543) und die daran geknüpften weittragenden Schlussfolgerungen sind von vorne herein erheblichen Zweifeln der Fachgenossen begegnet. Die Zweifel steigern sich in bedenklichem Grade durch die Nachversuche Konrád's und Wagner's, welche die Gesichtsfelduntersuchung betreffen, sowohl an Gesunden (der Autoren selbst) sowie an weiblichen Individuen mit Hysterie und Migräne angestellt. Das Resultat war: Allerdings kommen Einschränkungen und Erweiterungen des Gesichtsfeldes nach der Electrisirung vor, doch finden diese Schwankungen auch ohne Anwendung irgend eines Stromes statt, bei nach einigen Minuten wiederholten Messungen. Aus dem Umstande, dass an den Veränderungen hauptsächlich die *obere* Seite des Gesichtsfeldes participirt, scheint hervorzugehen, dass der Rand des Augenlides die Grenzen beeinflusst, mögen nun die Augenlidbewegungen unwillkührlich und spontan entstehen, oder mag der electrische Strom auf ihren Muskelapparat ein-

wirken. Ausserdem kommt die Gesichtsfeldschwankung nicht blos nach der Electrisirung der Medulla oblongat. zu Stande, sondern auch nach Hautreizung durch den Strom an beliebigen Körperstellen. Reflectorische Wirkung. Folglich ist es klar, dass der sogenannten electrodiagnostischen Gesichtsfelduntersuchung zur Wahl der anzuwendenden Stromesart bei centralen Neurosen *soviel wie gar kein Werth* beizumessen ist.

Unter diesen Umständen darf man geneigt sein, auch die neuesten Veröffentlichungen Engelkjöns — abgesehen von dem Werth den die sorgfältigen klinischen Dastellungen haben — soweit sie therapeutische Grundsätze enthalten, mit Vorsicht aufzunehmen. Hervorzuheben ist, dass der Verfasser selbst jetzt manche Einschränkungen seines Heilsystems macht. Während er früher die Reizung der *vasomotorischen Ganglienapparate* (in directer Weise) durch den Strom für die Therapie und somit die Wahl der Stromesart als entscheidend darstellte, kommen jetzt als ein novum die *reflectorischen Heilwirkungen* (durch peripherische Reizung) hinzu! Dadurch werden die Modificationen des Verfahrens im Gegensatz zu der früher proclamirten Einfachheit so zahlreiche, dass der Verf. genöthigt ist zuzugestehen (p. 30): „Der Leser wird jetzt wissen, dass die Wahl der im speciellen Fall anzuwendenden Stromesart *keineswegs immer so ganz leicht ist*“. Langreuter (Eichberg).

---

303) **Neftel** (New-York): Electrotherapeutische Beiträge.
(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 45.)

I. Die electrotherapeutischen Notizen, sehr lose aneinander gereiht, betreffen zunächst *Neuralgien* und verwandte Zustände. *Ischias* hat Verf. mit Erfolg behandelt, indem er (Anode am schmerzhaften Puncte, Kathode am Hypogastrium) den galvanischen Strom rasch steigerte und bis zur Unerträglichkeit anwandte und ihn dann sehr langsam abschwellen liess. Bei *Neurosen des Peroneus* beobachtete Verf. bei Anwendung des Stromes häufig ein Verschwinden des Schmerzes auf den einen und plötzliches Entstehen auf der anderen Seite — annalog der Transfert-Erscheinungen. Um diesem „*neuralgischen Transfert*“, welcher vorzugsweise aber nicht ausschliesslich bei hysterischen Frauen vorkam, vorzubeugen, wurden mittelst einer Zweigelectrode gleichzeitig beide symetrischen Punkte gereizt („symetrisch polare Methode“).

N. ist der Meinung, dass neuralgische Schmerzen weit häufiger von *Neuromen* und Tubercula dolorosa veranlasst werden, als man gewöhnlich annimmt. Ja in einem sehr hartnäckigen Falle (Schmerzpunct am Daumenballen), wo bereits zur Amputation des Daumens geschritten werden sollte, führte er Heilung herbei, in dem er an dem bezeichneten Orte eine Kathodennadel bis zum Knochen einstiess, und einen Strom von 40 Siem. E. zur Anode auf dem Vorderarm durchleitete.

Bei *hysterischen Neurosen* geht Verf. ebenfalls mit polarer Anodenbehandlung und später mit vorsichtigen Inductionsströmen vor, bei *visceralen Neuralgien* mit directer und mit Galvanisation des Gehirns. Bei besonders schweren Fällen findet Galvanisation des Halssympathi-

cus statt (Platten-förmige Anode am Nacken und Knopf-förmige Kathode an der Fossa auriculo-maxillaris. Stromintensität bis 20 — 30 Siem. E. gesteigert. Beträchtliche Stromschwankungen und Wendungen). Bei hysterischen Kranken wird vor übertiebener „gynäkologischer Lokalbehandlung und Vielgeschäftigkeit“ gewarnt. Bei *hypochondrischen Parästhesien* starker Anodenstrom (40 — 50 Siem. E) auf die schmerzende Partie.

Bei einer *Neuritis* des Vorderarms bewirkte Verf. die unblutige Nervendehnung mit dem faradischen Strome, indem er die Muskelgruppen im Bereiche des afficirten Nerven in tetanische Contractionen versetzte.

Einige Bemerkungen Neftel's betreffen die Krankheitszustände welche durch Gewöhnung an Narcotica in Folge von Neurosen erworben werden (Morphium, Chloral, Aether, Alkohol etc.). Nachdem er bei plötzlicher Morphiumentziehung einmal einen sehr ernstlichen Collaps beobachtete, wendet er eine modificirte Cur an.

II. Das zweite Kapitel bringt einen übrigens etwas zweifelhaften Fall von *progressiver Muskelatrophie,* welcher durch methodische lokale galvanische Behandlung im Gebiete des afficirten motorischen Apparats (Muskeln und Nerven) geheilt wurde.

III. Der *Schreib- und Klavierspielerkrampf* ist von N. folgendermassen behandelt worden: Breite Electrode des Inductionsstromes stabil am unteren Oberarm, während die kleinere Electrode an der Beugeseite des Vorderarms der Reihe nach auf die verschiedenen Muskeln gesetzt wurde. Dabei jedesmal rasche Stromsteigerung von Null bis zum Maximum, sodass die Muskeln einige Secunden lang in tetanische Contraction versetzt wurden. Die Rollen rapide übereinander und auseinander geschoben. Die Procedur wurde sowohl an Flexoren wie an den Extentoren 3 mal wöchentlich vorgenommen.

Langreuter (Dalldorf).

---

304) **Bernhardt** (Berlin): Neuer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bei Façialiskrampf. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. XV. 3 p. 777.)

Ein 25jähriger Mann litt an rechtseitigem Façialiskrampf. Nach der Dehnung des Nerven trat mit vollständiger Lähmung Aufhören der unwillkürlichen Zuckungen ein, jedoch bereits nach $3^1/_2$ Monat war mit Rückkehr der açitiven Beweglichkeit auch der Tic convulsif zurückgekehrt. Der Verf. stellt aus der deutschen und englischen Literatur die bisher veröffentlichten derartigen Fälle zusammen — im ganzen 17: Von dauernd gutem Erfolge erwies sich die Operation nur einmal (Southam), unbekannt und ungewiss blieb das Resultat zweimal (Southam und Gray); Besserung ward erzielt 4 mal (Baum, Schüssler, Eulenburg, Hoffmann); *kein Erfolg* trat ein in 10 Fällen: (Sturge, Godlee, Putman, Gray, Bernhardt). Ein zum Schluss der Arbeit erwähnter Fall von G. Zesas, in welchem Heilung eingetreten sein soll, ist wegen der Kürze der Beobachtungs-

zeit nach Ansicht des Verfassers noch nicht spruchreif. —Er kann die Façialisdehnung im Allg. *nur* empfehlen, wenn man sich des temporären Characters dieser Therapie bewusst ist. Immerhin ist die Operation eine ungefährliche und befreit die Patienten meistens mehrere Monate von den quälenden Zuckungen, wofür sie die vorübergehende Lähmung zwar in den Kauf nehmen.

Langreuter (Eichberg).

---

305) **W. Lublinski** (Berlin): Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Natriumnitrits und des Nitroglycerins. (Deut. med. Wochschr. Nr. 5. 1885.)

Amylnitrit, Natrumnitrit und Nitroglycerin sind in ihrer Hauptwirkung völlig identisch. Das erste dieser Mittel ist wegen des schnellen Vorübergehens seiner Wirkungen und anderer unangenehmen Nebenerscheinungen wegen fast allgemein bei uns verlassen worden. Nitroglycerin hat den Vorzug, geschmacklos zu sein, prägnanter zu wirken und sich zur subcutanen Anwendung zu eignen, verursacht aber leichter Nausea, Erbrechen, manchmal auch bedrohliche Erscheinungen. Die verschiedenen Angaben betreffs der Dosis des Natriumnitrits finden ihre Erklärung in der Verschiedenheit der Präparate, resp. der Beimischung von Chilisalpeter, von dem einige Salze bis zu 80% enthalten. Die hohen Gaben sind zu vermeiden, man beschränke sie auf 0,05 — 0,1 höchstens 0,15 oder beginne mit der kleinsten. Am ehesten fällt die Wirkung auf den Circulationsapparat auf. Nach kaum einer Viertelstunde ist eine deutliche Verstärkung des Spitzenstosses, sowie der einzelnen Herztöne zu constatiren. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Pulsschläge etwas zu, während die Spannung der Arterienwände abnimmt, der Puls kleiner oder weicher wird, in einzelnen Fällen auch deutlich dikrot wird. Gleichzeitig Völle im Kopf und Gefühl des Pulsierens in allen Gefässen, letzteres bei Amylnitrit und Nitroglycerin ausgesprochener Ohrensausen, Lichtscheu und Schwindel pflegen bei den gewöhnlichen Gaben nicht aufzutreten. Diese Erscheinungen weichen nach einer halben bis ganzen Stunde einem Gefühl von Behaglichkeit und Wärme. Puls- und Athemfrequenz sinkt wieder auf die Norm. Der Digestionsapparat wird für gewöhnlich nicht betroffen, der Geschmack des Mittels ist mit cort. Aur. nicht unangenehm, der Appetit wird nicht beeinträchtigt, und ausnahmsweise tritt Diarrhoë auf. Die Urinmenge wird durch beide Mittel vermehrt (durch Einwirkung auf den Circulationsapparat).

Verf. hat gewöhnlich das Natriumnitrit in Gebrauch genommen und erst nach Versagung desselben das Nitroglycerin. Die Anwendung geschieht am häufigsten bei Angina Pectoris. Verf. hat 13 solcher Fälle mit Natriumnitrit behandelt und in 7 Fällen eine eklatante Wirkung erzielt. In einem der übrigen (54j. Frau) erwies sich noch Nitroglycerin wirksam. (Die Vorschrift war Sol. Natr. nitrici (2,0) 120,0 3 mal täglich 1 Theelöffel. — Sol. alcoh. Nitroglicerin (1%) gutt. 20 ad Aqu. 200,0, 3 mal täglich 1 Esslöffel). Ferner sah Verf. in 9 Fällen von weakened heart die Herzschläge an Kraft zu und an Fre-

quenz abnehmen, so dass der Herzmuskel in Folge dieser Arbeitserleichterung sich wieder erholen konnte. Günstig erwies sich auch der Gebrauch beider Mittel bei nervösem Herzklopfen (12 von 18 Fällen,) ferner bei Asthma nervosum (6 von 10 Fällen) Asthma bronchiale (7 von 13 Fällen), bei Migräne, hauptsächlich bei der angiospastischen Form, bei cerebraler Anämie. — Bei Epilepsie (0,1 zweimal täglich) sah Verf. *keine* nennenswerthe Wirkung.

Kron (Berlin).

---

306) **Legrand du Saulle** (Paris): Épilepsie causée par la vue d'un cadavre. — (Epilepsie, durch Anblick einer Leiche.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 63.)

Indem Legrand du Saulle die Richtigkeit der Behauptung Lasègue's, dass psychische Erregungen nicht im Stande seien, eine so ernstliche cerebrale Affection, wie die Epilepsie, hervorzurufen, bestreitet, bezieht er sich auf seine nach dieser Richtung hin gemachten Wahrnehmungen, welchen zufolge hier jenes ätiologische Moment gerade eine hervorragende Rolle spielt, besonders bei jungen Mädchen von 12—15 Jahren, bei denen vermöge ihrer erhöhten Impressionabilität dasselbe die Nervencentren der Art afficirt, dass Zittern der Glieder, beschleunigte Herzbewegungen und zuweilen selbst Erschlaffung der Sphincteren die unmittelbare Folge sind.

So befinden sich zur Zeit acht junge Mädchen in der Salpêtrière, welche alle alsbald nach dem Anblicke der Leiche ihres Vaters oder ihrer Mutter epileptisch geworden sind.

Wie sodann weiter jene Wahrnehmungen darthun, ist die Nachkommenschaft solcher Väter, welche dem Alkoholismus ergeben sind, häufig gefährdet, sowie Traumen des Schädels, viel weniger aber erbliche Belastung, noch zu denjenigen Noxen gehören, die nicht selten zur Fallsucht Anlass geben.

Pauli (Köln).

---

307) **Berkhan** (Braunschweig): Ueber die Störung der Schriftsprache bei Halbidioten und ihre Aehnlichkeit mit dem Stammeln. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 78.)

Etwas dem Stammeln der *Sprache* (Unvermögen gewisse Laute auszusprechen) ähnliches constatirte der Verf. in der *Schrift* von Halbidioten: er nennt dies „Schreibstammeln". Aus den beigegebenen Schriftproben, welche nach Dictaten niedergeschrieben waren, ist eine hochgradige Entstellung einzelner Worte, aller derjenigen, welche nicht zu den allereinfachsten gehören, ersichtlich. Es wäre nur wünschenswerth gewesen, dass Verf. die Schriftproben von gesunden *schreibungeübten* Kindern daneben gesetzt hätte! — Von 47 Halbidioten aus den Hilfsclassen der Braunschweigischen Schulen erwiesen sich 23 als Schreibstammler. Von diesen waren nur 5 zugleich Sprachstammler. Verf. glaubt daher, dass beide Fehler keine directe Beziehung zu einander haben, sondern dass dieselben als nebeneinander bestehende, bei Halbidioten vorkommende Symtome aufzufassen sind. —

Langreuter (Eichberg).

---

308) **Hebold** (Bonn): Casuistische Mittheilungen aus der Rheinischen Provinzialirrenanstalt zu Andernach. (Arch. f. Psych. u. Nv. XV. 3. p. 800.)

Mittheilung von Krankheitsgeschichten und anatomischem Befunde dreier Fälle: 1. *Intramedulläres Gliom des Rückenmarks* im Halstheile bei einem Paralytiker. 2. *Gliosarkom des Gehirns* bei einem Epileptiker besonders die linken Centralganglien betreffend. Die epileptischen Anfälle hatten bei dem bereits längere Zeit psychich kranken Manne 4 Jahre vor dem Tode begonnen. 3. *Cysticerken* in *Gehirn* (bes. Rinde) und *Rückenmark* bei einer langjährig hysterisch Verrückten. Dieselbe hatte früher ihren Koth verzehrt, war 6 Jahre vor dem Tode epileptisch geworden und 4 Jahre vorher erblindet. Bezüglich des Details der interessanten Fälle, namentlich des letzten, sei auf das Original aufmerksam gemacht. Langreuter (Eichberg).

---

309) **Motet**: Alcoholisme, accès de fureur homicide, perte complète der souvenir. Question médico-légale. (Die durch Alcohol-Vergiftung hervorgerufenen Psyschosen und deren besondere Eigenthümlichkeiten.) (Sitzung der Acad. de méd. vom 12. Mai d. J. zu Paris. Gaz. des Hôp. 1885 Nro. 56.)

Er schickt voraus, dass es eine Reihe von Geisteskrankheiten gibt, die zeitweilig in so heftiger Weise exacerbiren, dass, wenn auch nur ein den geringsten Vorschub leistendes Moment mit in's Spiel kommt, ein brutales und unwiderstehliches instinctives Begehren die Folge ist.

Recht eigentlich repräsentirt die Epilepsie den Typus dieses so plötzlichen Impetus, der jede Erinnerung an die während desselben ausgeführten Handlungen verwischt.

Ebenso verhalten sich auch die Intoxicationspsychosen, namentlich die alcoholische, bei welcher die Neigung zum Mord dadurch geweckt wird, dass Hallucinationen unter der Form eines bedrohenden Feindes auf dem Fusse nachfolgen und damit ebenso rasch der Act der Gewaltthätigkeit, jedoch mit der Modification, dass hier der Verlust des Gedächtnisses auf Rechnung des durch lange Zeit fortgesetzten Alcoholmissbrauch alterirten Nervensystems kommt. Schliesslich theilt M. noch zwei hierher gehörige Fälle mit. Diesselben betrafen zwei Männer, von welchen der eine auf Grund der Expertise freigesprochen, der andere dagegen, da die Geschworenen Unfreiheit nicht, wohl aber mildernde Umstände anerkannten, nach dem niedrigsten Maasse bestraft wurde. Pauli (Köln).

III. Aus den Vereinen.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 24. Januar 1885.

310) Prof. **Laufenauer**: *Cerebralpathologische Mittheilungen.*
I. Die Stimmgabel als diagnostischer Hilfsapparat.

In der Ohrenheilkunde wird die Stimmgabel schon seit längerer Zeit bei den Krankheiten des Labyrinthes und des äusseren und mitt-

leren Ohres als differential-diagnostischer Hilfsapparat verwendet. In letzterer Zeit brachte man sie auch zur Erkenntniss der bei Gehirntumoren vorkommenden Neuritis labyrinthica in Vorschlag. Die Anwendung der Stimmgabel als diagnostisches Hilfsmittel bei an Asthenia nervosa (Hysterie) Leidenden beruht auf den Ergebnissen jener Thierversuche, welche Prof. Högyes in seiner Abhandlung über den Nervenmechanismus der associirten Augenbewegungen niederlegte. Der kurze Inhalt derselben ist, dass sich im oberen Theil der IV. Gehirnkammer ein Reflexcentrum befindet, von welchem aus die unwillkürlichen bilateralen Augenbewegungen regiert werden, und das einerseits mit dem Gehörnerven, andererseits mit den Augenbewegungsnerven zusammenhängt. Hauptsächlich klinische Erfahrungen sind es, die dafür sprechen, dass dieses Reflexcentrum sowohl mit sämmtlichen Gehirnnervenpaaren als auch mit den sensitiven und motorischen Wurzeln des Rückenmarkes in Verbindung steht. Es ist längst bekannt, dass bei Hysterie mit halbseitiger Anästhesie oder ohne dieselbe sich gewöhnlich Symptome der Anästhesie oder Hyperästhesie des Labyrinthes vorfinden. Lässt man nun auf Grund dieser Erfahrung am Ohre einer an Asthenia nervosa Leidenden eine höhere oder tiefere Stimmgabel erklingen, so entstehen gewöhnlich dem hyperästhetischen Ohre entsprechend die mannigfaltigsten Reflexerscheinungen, aus denen man nicht nur auf die hysterische Natur der Erkrankung, sondern auch auf den Grad, beziehungsweise die Besserung oder Verschlimmerung derselben folgern kann. Diese Reflexerscheinungen können beiläufig in 4 Gruppen eingetheilt werden:

1. In den allerleichtesten Fällen schliessen sich beim Erklingen der Stimmgabel die Augenlider und in den Augen entstehen unbestimmte Bewegungen. Nach einigen Secunden verschwinden diese Erscheinungen und kommen bei öfterer Wiederholung des Experimentes nicht mehr zu Stande. Es ist zu bemerken, dass sich die Reflexerscheinungen bei möglichst schwacher Reizung des Acusticus nur auf das Auge derselben Seite beschränken.

2. Bei höheren Graden werden die Schliessmuskel der Augen in Folge der Erregung des Facialis krampfhaft geschlossen, die Augen deviiren und bleiben manchmal in dieser Stellung krampfhaft fixirt.

3. Es entsteht ein den Högyes'schen Gesetzen entsprechender Nystagmus: bei schwacher Erregung deviiren beide Augen nach der Seite der Stimmgabel, wobei es ganz gleich bleibt, ob man die Stimmgabel in der horizontalen, sagittalen oder frontalen Ebene vor dem Auge hält. In den Muskeln kommen die Erscheinungen des gekreuzten oder unilateralen Acusticusreflexes ebenfalls zu Stande. In den Kaumuskeln, der Zunge, den Muskeln des Halses, Rumpfes und der Extremitäten entstehen Reflexcontracturen mit halbseitiger Deviation.

4. Im vierten Grade erfolgt Deviation der Augen, Nystagmus, tonische Mundsperre, Krampf des Facialis, Hypoglossus, Vagus und Accessorius, es ändert sich der Rythmus des Herzens, Athmungsbeschwerden entstehen, es treten halbseitige und endlich bilaterale krampfhafte Zuckungen und tonische Contracturen ein, es entwickelt

sich ein vollkommener epileptischer Anfall, das Bewusstsein schwindet, oder bleibt auch in manchen Fällen erhalten.

Da die obigen Erscheinungen zur Erkenntniss der die Hysterie characterisirenden Reflexerregbarkeit einen werthvollen Anhaltspunkt bieten, steht zu erwarten, dass die Stimmgabel in nächster Zukunft zu den unentbehrlichsten diagnostischen Hilfsmitteln zählen wird.

II. Vom diagnostischen Werth der idiomusculären Contractionen.

Es ist eine bekannte physiologische Thatsache, dass sich am lebenden Muskel bei local-mechanischer Reizung nicht nur eine kleine tuberose Erhöhung bildet, sondern dass sich die Erregung in der Substanz desselben weiterverbreitet, insolange sie nicht durch sehnige Theile daran verhindert wird. Diese sogenannten idiomusculären Contractionen lassen sich am besten an den Brustmuskeln und an einigen anderen oberflächlich gelegenen Muskeln nachweisen. Die tuberosen und wellenartigen Contractionen sind der individuellen Constitution entsprechend sehr verschieden und werden auch im Allgemeinen durch die Krankheiten des Organismus beeinflusst. So weisen die diesbezüglichen wenigen Erfahrungen der letzteren Jahre darauf hin, dass die mechanischen Muskelerscheinungen mit den Erscheinungen der Sehnenreflexe, insoweit dieselben gesteigert oder vermindert sind, gleichen Schritt halten. Die mechanische Muskelerregbarkeit zeigt bei den Krankheiten des Centralnervensystems verschiedene Veränderungen. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die Contractionen bei schlaffen Lähmungen vermindert, bei Contracturen gesteigert sind. Natürlicherweise werden die Muskelphänomene auch durch toxische Stoffe beeinflusst. In der Chloroformnarkose findet man sie etwas herabgesetzt, bei der Alkoholintoxication auf verschiedene Art und oftmals in ausserordentlichem Grade gesteigert. Meine das Delirium tremens betreffenden Untersuchungen ergaben, dass die idiomusculären Contractionen ein kaum zu schätzendes diagnostisches Symptom dieser Krankheitsform bilden.

III. Ueber die Verhältnisse der elektrischen Reizbarkeit anaesthetischer Körpertheile.

Es ist schon seit längerer Zeit bekannt, dass die oberflächlichen Hautreflexe bei hysterischer Hemianästhesie vollkommen erloschen sind, die mechanische und Reflexerregbarkeit der unter der Haut liegenden Muskeln und Sehnen jedoch gesteigert zu sein pflegt. Mit Rücksicht auf die letztere Thatsache unterzog ich die galvano- und faradoelektrischen Verhältnisse der Muskeln und Nerven der hemianaesthetischen Seite im Vereine mit Prof. Kétli einer genauen Untersuchung. Das Resultat derselben ist, dass die Empfindsamkeit der anaesthetischen Theile gegenüber der galvano- und faradoelektrischen Reizung herabgesetzt, die elektrische Reizbarkeit der Muskeln und Nerven aber gesteigert ist. Die Steigerung der Reflexerregbarkeit bestand darin, dass sowohl die K S und A S, als auch die A Ö Zuckungen viel früher eintraten, und dass die Contractionen bei derselben *Anzahl* von Milliampéres (Edelmann'scher Galvanometer) kräftiger waren und schneller erfolgten als unter normalen Verhältnissen. Es scheint also, dass

die elektrische Reizbarkeit bei hysterischer Hemianaesthesie manchmal erloschen, in anderen Fällen aber gesteigert sein kann. Da dies letztere meistens im Anfangsstadium der Empfindungslosigkeit der Fall zu sein pflegt, so hat es auch grosse diagnostische Wichtigkeit.

IV. Von den Suggestionen und der provocirten Paralyse.

Bernheim, Professor in Nancy, beschreibt unter dem Namen „Paralysie par suggestion" bei Hysterischen künstlich hervorgerufene Lähmungszustände, die sowohl in der Hypnose als auch im wachen Zustande vorkommen. Diese künstlich hervorgerufenen Lähmungszustände wurden auf der Klinik Charcot's durch Féré und Gilles de la Tourette eingehend studirt. Beide Autoren fanden, dass die solcherweise entstandene Lähmung sowohl schlaff als contrahirt sein könne und dass sie sich von der regelmässigen cerebralen Lähmung kaum unterscheide. Vortragender stellt eine Kranke vor, bei der (unter der Hypnose) auf den Befehl „Sie können ihren Arm nicht heben", der früher schlaffe und leicht bewegbare Arm erstarrt und unbeweglich wird, so dass ihn die Kranke nicht mehr erheben kann. Diese in Folge von Suggestion entstandene Lähmung kann nicht mehr nur am Arm hervorgerufen werden, sondern kommt auch an den Augenlidern, am Kopfe und überhaupt am ganzen Bewegungsapparat vor. Wir verbinden mit jedem eine Bewegung bezeichnenden Worte eine bestimmte Muskelempfindung, so auch mit demjenigen, welches die Unterlassung einer Bewegung bedeutet. Es ist nun bei der Paralyse durch Suggestion von nichts anderem die Rede, als von der infracorticalen Erregung von Innervationsempfindungen. Dies wäre die einfachste Erklärung. Bewiesen wird sie anch noch dadurch, dass man diese infracorticalen Innervationsempfindungen auch künstlich ändern kann, u. z. ganz einfach dadurch, dass man durch die in Hypnose befindliche Kranke, nach dem Takte bestimmter in gewisser Reihenfolge aufeinander folgender Zahlen, bestimmte Armbewegungen ausführen lässt. Nachdem man nun diese auf Zahlencommando ausgeführten Bewegungen einigemale wiederholen liess, beziehungsweise dieselben der Kranken einstudirte; wird sie beim Nennen der betreffenden Zahl den Arm heben oder (bei einer anderen Zahl) ohnmächtig hängen lassen.

V. Perimetrische Untersuchungen über die hysterische Sehfeld-Verengerung.

Die hysterische Achromatopsie und die dieselbe begleitende Sehfeldverengerung ist in Folge der Untersuchungen von Landolt, Galezowsky und Anderen schon in weiteren Kreisen bekannt. Die Sehfeldverengerung und die mangelhafte Perception der Farben ist jedoch nur scheinbar und stammt wahrscheinlich daher, dass das corticale Sehfeld von der Perception der betreffenden Farbe im infracorticalen Ganglion keine Kenntniss erhält. Die Fähigkeit der Farben, Reflexe auszulösen, bleibt jedoch dem achromatoptischen Auge sowohl in wachem als auch in hypnotischem Zustande erhalten. Es zeigt sich nämlich z. B. bei der Einstellung von 0^0 — 180^0 im rechten Arm schon bei 60^0 unten eine unbewusste Reflexbewegung, obwohl das betreffende Versuchs-Individuum das rothe Signal z. B. bewusst erst bei 20^0 anzeigt.

Das verengerte Sehfeld erweitert sich während der Hypnose bis zu seinem normalen Umfange, so wie es sich auch übrigens durch Hautreize sowohl während der Hypnose als auch in wachem Zustande beliebig erweitern oder verengern lässt.

VI. Die Krankheiten des Mandelkernes.

Da bisher die physiologische Function des Mandelkernes, dieses bedeutenderen Complexes von grauer Substanz nicht bekannt ist, ist es auch unmöglich für die pathologisch histologischen Veränderungen desselben eine pathologische Erklärung zu finden. Die Sclerose des Mandelkernes konnte ich bisher in verschiedenen Graden nur an mikroskopischen Präparaten Epileptischer nachweisen, an denen übrigens auch das in der Nachbarschaft des Mandelkernes gelegene Ammonshorn sclerotisch und atrophisch war. Aller Wahrscheinlichkeit nach ging die Erkrankung des Mandelkernes vom Ammonshorn aus, da die Sclerose des letzteren, nach den mikroskopischen Eigenschaften derselben zu urtheilen, viel älter war, als diejenige des Mandelkernes. An der Sclerose des Mandelkernes nahm auch die Vormauer (Claustrum) theil.

(P. m. ch. Presse 1885. 5. 6.)

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, II. Arzt, 3000 M. und freie Wohnung etc. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und fr. Stat. 3) Wildbad (Katharinenstift, Geh. Hofrath Dr. von Renz), Assistenzarzt. 4) Sachsenberg (Schwerin), III. Hilfsarzt; sofort, 1200 M. und fr. Stat. Evangelische Confession nöthig. 5) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1. Juli, 1440 M. Anfangsgehalt und fr. Stat. Verpflichtung auf 2 Jahre. 6) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und freie Stat. 7) Dalldorf (Berlin), Director 9000 M. etc. Meldungen an den Curator der Anstalt, Stadtrath Wolf in Berlin. 8) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M. und freie Station. 9) Saargemünd, Assistenzarzt, 1000 M. und fr Stat. 10) Pfullingen, Assistenzarzt, 1800 bis 2400 M. und freie Station.

Ernannt. Dr. Wernicke in Berlin zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Director der Irrenabtheilung des Allerheiligenhospitals in Breslau.

Pensionirt. Dr. Wendt, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz hat aus Gesundheitsrücksichten seine Pensionirung nachgesucht und tritt mit dem 1. October d. J. von der Direction zurück.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das III. Quartal 1885 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Juli 1885. Nro. 13.

INHALT.

I. Originalien. Ueber die Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung. Vom Herausgeber.

II. Original-Vereinsbericht. Medicinische Gesellschaft zu Berlin.

III. Referate und Kritiken. Schulgin: Phylogenesis des Vogelhirnes. Monakow: Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der sog. Sehsphäre zu den infracorticalen Opticuscentren und zum N. opticus. Vejas: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Verbindungsbahnen des Kleinhirns und des Verlaufs der Funiculi graciles und cuneati. Leegaard: Beitrag zur Lokalisationslehre. Eskridge: Tumor des Kleinhirns mit einseitiger Hemianopsie. Kemper: Ein Fall von schmerzhafter Paraplegie, Exitus, Sarkom der Wirbelsäule. Tamburini und Sepilli: Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus. Danilewsky: Zur Physiologie des thierischen Hypnotismus. Kaan: Ueber die Beziehungen zwischen Hypnotismus und cerebraler Blutfüllung. Leontieff: Taenia solium als Ursache der Epilepsie. Bérenger-Féraud: Neue Untersuchungen über die Behandlung der Taenia. Groeningen: Ueber den Shok. Pierson: Compendium der Electrotherapie.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Ueber die Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung.

Vom Herausgeber.

Die ersten Mittheilungen über die günstige Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung stammen aus America (1878). Nach der Zusammenstellung, die Freud[1]) über diese americanischen Arbeiten gegeben hat, sollen „die Cocapräparate die Kraft besitzen den Morphiumhunger bei gewohnheitsmässigen Morphinisten zu unterdrücken und die bei der Morphiumentwöhnung auftretenden schweren Collapserscheinungen auf ein geringes Maass zurückzuführen". In den Jahren 1878 und 1879 wurden ungefähr 16 Fälle von gelungenen Entziehungscuren mitgetheilt, einmal wird berichtet, dass Coca bei einer Ent-

[1]) Freud, Ueber Coca. Centralbl. f. d. ges. Therapie. II. Jahrg. 1884. VII. Heft. pag. 311.

ziehungscur im Stiche gelassen habe. Von 1880 ab ist in der americanischen Literatur über das fragliche Thema nichts mehr zu finden. Freud erblickt darin den Beweis, dass die Methode sich eingebürgert hat, ich ziehe daraus den Schluss, dass man sie, weil nutzlos, verlassen hat.

Freud[1]) selbst „hatte Gelegenheit eine plötzliche Morphiumentziehung unter Cocagebrauch bei einem Manne zu beobachten, der bei einer früheren Entziehungscur unter den schwersten Abstinenzerscheinungen gelitten hatte. Das Befinden war diesmal ein erträgliches, insbesondere fehlten Depression und Nausea, so lange die Cocawirkung anhielt; Frieren und Diarrhoe waren die einzigen permanenten Symptome, welche an die Abstinenz erinnerten. Der Kranke blieb ausser Bette und leistungsfähig, und verbrauchte in den ersten Tagen je 3 Decigramm Cocaïnum muriaticum; nach 10 Tagen konnte er das Mittel bei Seite lassen".

Ich muss zu dieser wenig eingehenden Mittheilung bemerken, dass ich in ihr einen Beweis für die günstige Wirkung des Cocaïn nicht zu erblicken vermag. Sehr viele Entziehungscuren verlaufen ohne Depression und Nausea; „permanentes" Frieren und „permanente" Diarrhoe gehören auch bei der „plötzlichen" Entziehung zu den allerseltensten Ausnahmen; wie überdies Jemand mit diesen „permanenten" Symptomen „leistungsfähig" bleiben kann, ist nicht recht einzusehen.

Freud fügt zur Erklärung bei, dass es sich bei der Morphiumentziehung durch Coca nicht um einen Tausch handle, bei dem aus dem Morphinisten ein Coquero wird; er glaubt auch nicht, dass es die allgemein stählende Wirkung der Coca ist, welche den durch Morphin geschwächten Organismus in den Stand setzt, die Morphiumentziehung unter geringfügigen Symptomen zu überstehen. „Ich möchte eher annehmen — sagt er — dass der Coca eine direct antagonistische Wirkung gegen das Morphin zukommt und kann zur Unterstützung dieser Meinung einen Fall mittheilen, den ich den Beobachtungen des Herrn Dr. Joseph Pollack entlehne: Eine 33 jährige Dame leidet seit Jahren an schwerer menstrualer Migräne, welche nur durch eine Morphiuminjection gelindert wird. Obwohl die Dame in den migränefreien Zeiten niemals Morphium nimmt oder Gelüste danach empfindet, verhält sie sich doch während ihrer Anfälle wie eine Morphinistin. Wenige Stunden nach der Injection treten *hochgradige Depression, Ueblichkeiten, Erbrechen ein, denen eine nochmalige Morphiumeinspritzung ein Ende macht, worauf die Erscheinungen der Intoleranz sich wiederholen.* . . . . Es wurde nun Cocaïn gegen die Migräne gegeben, erwies sich aber als nutzlos. Man musste zur Morphiuminjection zurückgreifen, *aber als die Erscheinungen der Morphiumintoleranz auftraten, wurden sie rasch durch 1 Decigramm Cocaïn beseitigt etc.*".

Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschliessen, und auch den Beweis, der geführt werden soll, als zutreffend nicht anerkennen. Wenn Cocaïn bei der plötzlichen Morphiumentziehung günstig wirkt,

---

[1]) l. c.

wenn es also die Erscheinungen der Abstinenz beseitigt oder die „schweren Collapserscheinungen auf ein geringes Mass zurückführt", dann wirkt es doch genau ebenso wie Morphium. Man kann dann aber nur sagen: Cocaïn ist ein Substituens des Morphium. Die Ansicht von „der direct antagonistischen Wirkung gegen das Morphium" ist eine irrthümliche, hervorgegangen aus der missverständlichen Auffassung der Abstinenzerscheinungen als Morphiumsymptome. Nach der plausibelsten Hypothese über die Abstinenzerscheinungen von Marmé, sind diese Symptome Folge einer acuten Vergiftung mit Oxydimorphin, in welchen Körper sich Morphium im Organismus umwandelt, und der seine Wirkung entfaltet, sobald die Morphiumzufuhr aufhört. Ist nun irgend ein chemischer Körper im Stande die Abstinenzerscheinungen in der Morphiumentziehung zu beseitigen, so kann man ihn als einen Antagonisten des Oxydimorphin bezeichnen, aber nicht als einen solchen des Morphium, denn sonst müsste man consequenterweise in erster Linie sagen: Morphium ist ein Antagonist des Morphium. Auch der citirte Krankheitsfall von Pollack scheint mir gegen Freud zu sprechen, denn die Erscheinungen der Morphiumintoleranz wurden ebensowohl durch eine „nochmalige Morphiumeinspritzung" als auch „rasch durch 1 Decigramm Cocaïn beseitigt". Also substituirende Wirkung, und nicht antagonistische.

Wallé[1]) führt diese Ansicht von „Gift und Gegengift" später in überschwänglichen Redensarten weiter aus. Er theilt aber offenbar nur die Beobachtungen mit, die er bei der Morphiumabgewöhnung an sich selbst gemacht hat.

Richter in Pankow hat in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin am 8. October 1884 im Anschlusse an einen Vortrag über Canabinon sich folgendermaassen geäussert[2]): „Ferner erwähnte der Vortr. die günstige Wirkung von Cocaïnum muriaticum-Injectionen bei Morphinisten, theilte speciell einen Fall mit, bei welchem er bei einem die Abstinenz in seiner Anstalt durchmachenden derartigen Patienten nach der Wiener Vorschrift bei den heftigen Abstinenz-Erscheinungan Cocaïn-Injectionen machte, und damit die fatalen Symptome der Morphium-Abstinenz sofort unterdrücken konnte. Es wurde 5% Lösung angewandt, und genügten in diesem Falle stets 3 bis 4 Theilstriche vollkommen (also 0,015 bis 0,02). Der Vortr. macht darauf aufmerksam, dass sich diese Mittheilung über die wohlthätige Wirkung des Cocaïnum muriaticum nur zunächst auf das von Merk in Darmstadt hergestellte Präparat bezieht, das von Gehe in Dresden dargestellte Cocaïnum muriat. entschieden ganz andere Wirkung zeigt und auch schon nach mehreren Richtungen hin äusserlich als ein von dem Merk'schen ganz verschiedenes Präparat sich bemerkbar macht. Es hat einen kleinen Stich ins Gelbliche,

---

[1]) Wallé, Aphoristische Mittheilung über Gegengifte der Opiate mit besonderer Berücksichtigung der Stellung des Cocaïn gegenüber dem Morphium. Deutsche med. Zeitschr. 1885. Nro. 3.

[2]) Referat von Hadlich im N. C. 1885. 1.

während das Merk'sche vollständig weiss ist; es ist etwas grobkörniger, es löst sich vollständig klar, während das Merk'sche eine leichte Trübung zeigt; es hat fast gar keinen Geruch, während das Merk'sche einen sehr starken, aromatischen, erfrischenden Geruch zeigt; es hat eine ausserordentlich starke nauseotische Wirkung in den Dosen, in welchen bei Merk'schem Cocaïn nichts derartiges zu bemerken ist. Nach einigen von dem Vortr. gemachten Versuchen scheint bei einzelnen Individuen jedenfalls das Cocaïn die Wirkung des Morphium vollständig aufzuheben, und umgekehrt. In einem Falle wenigstens liess sich dies mit der Sicherheit eines chemischen Experimentes wiederholentlich constatiren."

Die letzteren Bemerkungen würden für eine richtige antagonistische Stellung von Cocaïn zu Morphium und umgekehrt sprechen, decken sich also mit der irrthümlichen Auffassung von Freud keineswegs. Letzterer ist daher im Unrecht, wenn er die citirten Aeusserungen Richter's nur in seinem (Freud's) Sinne wiedergiebt[1]).

In der Discussion über den Richter'schen Vortrag warnte Blumenthal vor der Anwendung des Cocaïn bei Morphinisten; er hat 0,01 eingespritzt und beobachtete gesteigerte Reflexerregbarkeit, Geschwätzigkeit, Schwinden des Muskelgefühls, Schwindel, Mydriasis, kalten Schweiss, sehr dünnen Puls. Man glaubte, dass jeden Augenblick der Tod eintreten würde. Nach $^1/_4$ Stunde erholte sich der Kranke wieder.

Meinen Erfahrungen über die Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung, die ich in den folgenden Zeilen mittheilen will, sind 236 Einzelbeobachtungen zu Grunde gelegt. Ich habe nur Cocaïnum muriaticum von Merk angewendet und dasselbe in wässriger Lösung subcutan injicirt; von innerlicher Darreichung habe ich abgesehen.

Ich habe gegeben

9	Einspritzungen	à	0,005
17	„	„	0,01
33	„	„	0,015
73	„	„	0,02
92	„	„	0,03
10	„	„	0,05
2	„	„	0,06

Von diesen 236 Injectionen enthielten 193 reines Cocaïn, während 43 Cocaïn mit Morphium enthielten und zwar habe ich einge-

---

[1]) Freund, Ueber Coca, neu durchgesehener und verm. Sep.-Abdr. der oben citirten Arbeit. Wien 1885. pag. 26: „die Verwendbarkeit des Cocaïn bei Morphiumcollaps ist neuerdings von Richter (Pankow) bestätigt worden, welcher Autor auch für die im Texte aufgestellte antagonistische Beziehung zwischen der Cocaïn- und Morphiumwirkung eintritt." Von einem Morphiumcollaps ist in dem Richter'schen Vortrage nirgend die Rede; seine Mittheilungen über Cocaïn, als Substituens des Morphium werden von Herrn Freud ignorirt.

spritzt:

5	Mal	0,035	Morph.	+ 0,015	Coc.
5	„	0,03	„	+ 0,02	„
17	„	0,025	„	+ 0,015	„
2	„	0,02	„	+ 0,015	„
1	„	0,015	„	+ 0,015	„
2	„	0,01	„	+ 0,015	„
1	„	0,015	„	+ 0,02	„
4	„	0,015	„	+ 0,03	„
6	„	0,02	„	+ 0,03	„

Als Einzeldosis des Cocaïn habe ich 0,06 nicht überschritten; die gesammte innerhalb 12 Stunden von mir injicirte Cocaïnmenge ging nie über 0,1 hinaus, betrug meistens 0,06 bis 0,08.

Von den 236 Einspritzungen habe ich 232 bei 8 Morphiumsüchtigen applicirt, und zwar bei 5 Herren und 3 Damen; 4 Injectionen, und zwar 3 zu 0,01 und 1 zu 0,03 habe ich des Vergleiches wegen bei nicht morphiumsüchtigen Nervenkranken angewendet.

Die qualitative Wirkung des Cocaïn bei Morphiumsüchtigen war in allen Fällen die gleiche. Die zur Beobachtung gekommene Differenz der Erscheinungen betraf nur ihre Intensität; dieselbe ist nicht abhängig von der Grösse der Dosis. Ich habe im Gegentheil sehr häufig nach kleinen Dosen eine stärkere Wirkung gefunden als nach grösseren. Als Resultat meiner Untersuchungen hat sich ergeben:

1. Cocaïn, in Dosen bis 0,1 pro die injicirt, liess das cerebrospinale Nervensystem gänzlich unbeeinflusst; weder die Centren der willkürlichen Bewegung noch die der bewussten Epfindung zeigten die geringste Functionsstörung: es trat weder Krampf noch Lähmung, weder psychische Erregung noch Betäubung oder Schlaf auf.

2. Cocaïn, in Dosen von 0,005 und darüber injicirt, wirkte lähmend auf die Centren des Gefässsystems. Diese Gefässlähmung machte sich bemerkbar durch Vermehrung der Pulsfrequenz, Erweiterung der Arterien, Abnahme der arteriellen Spannung (Dicrotie), Ausbruch von Schweiss, Steigerung der Temperatur.

Diese gefässlähmende Wirkung war stets eine äusserst flüchtige.

Die *Beschleunigung der Pulsfrequenz* begann 5 bis 7 Minuten nach der Einspritzung, erreichte sehr schnell ihr Maximum und war meistens 15 bis 25 Minuten nach der Injection wieder völlig verschwunden. Die Steigerung beträgt im Mittel 16 bis 24 Schläge in der Minute; die geringste Zunahme, die ich beobachtete betrug 6, die höchste 30 Schläge in der Minute. *Diese Steigerung der Pulsfrequenz ist das regelmässigste Symptom der Cocaïnwirkung.*

Nur einmal habe ich sie nicht beobachtet.

Es handelte sich um eine morphiumsüchtige Hysterica, bei der tetanische Krämpfe auftraten: sie lag dann in vollausgebildetem Opisthotonus, mit aufgetriebenem Unterleibe, gestreckten Armen und geballten Fäusten, zurückgebogenem Kopfe, aufeinandergepressten Kiefern etc. da, von Zeit zu Zeit gellende Schreie ausstossend. Die Respiration war regelmässig, der Puls fiel auf 56, 48, selbst 44 herunter. Hier injicirte ich, als der Puls einmal 44 volle regelmässige Schläge hatte, in halbstündigen Intervallen 0,01 0,02 und 0,03 Cocaïn, ohne

jeden Erfolg. Ein anderes Mal liessen 2 innerhalb 5 Minuten injicirte Dosen von 0,03, also eigentlich 0,06 vollständig im Stich: der Puls zeigte nach wie vor der Injection 48 bis 52 Schläge in der Minute.

Wurde Cocaïn mit Morphium gleichzeitig eingespritzt, so trat die Pulsbeschleunigung ebenfalls regelmässig ein.

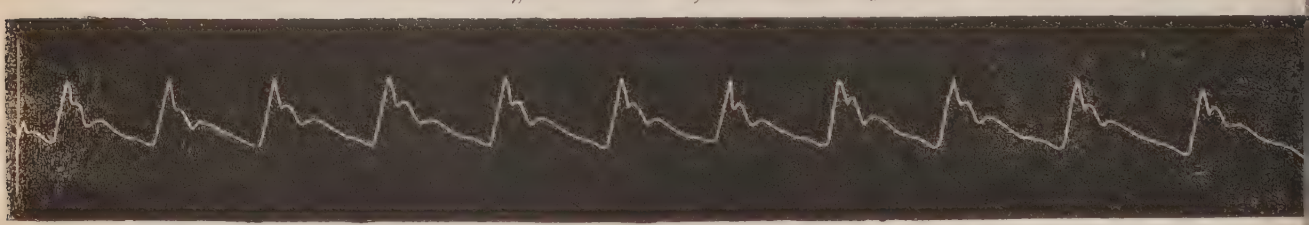
Gleichzeitig mit dem Eintritt der Pulsbeschleunigung fühlte der auf der Radialis liegende Finger deutlich eine *Erweiterung des Arterienrohres* und ein *Höherwerden der vorher kleinen Pulswelle.* Der Patient äusserte das Gefühl von Wärme im Magen oder in der Stirn zu haben und an seinen Handtellern und auf der Stirn beobachtete ich den *Ausbruch von Schweiss.* Letztere Erscheinung ist nicht constant.

Die Erscheinungen der *Druckabnahme im arteriellen System* werden am Besten durch folgende Pulsbilder erläutert. Dieselben sind aufgenommen mit dem Apparat von Dudgeon, der sich, die total fehlerhafte und ganz uncontrollirbare Belastung der Pulspelotte abgerechnet, durch Einfachheit in der Application und höchste Exactheit in der Wiedergabe des Pulsbildes auszeichnet. Leider bleiben die Holzschnitte weit hinter den Originalien zurück.

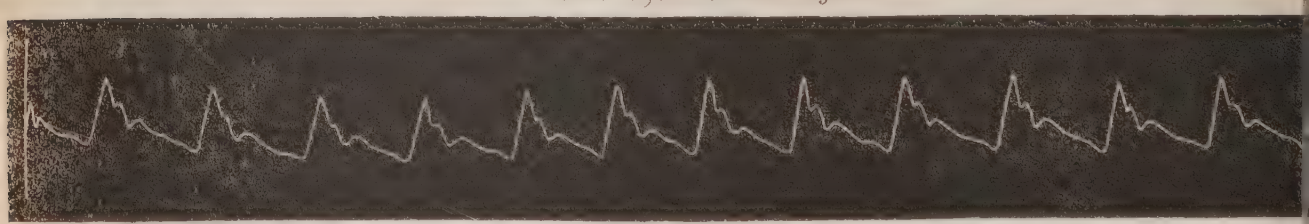
Figur 1—6.

42 jähriger Kranker. 0,25 Morph. täglich, hat Morgens 6 Uhr 0,1, Mittags 12 Uhr 0,05 Morph. erhalten. Sitzt. Rechte Radialis. Versuchsdauer 45 Minuten, während welcher Zeit 45 Curven aufgenommen wurden. Der Apparat liegt, wie bei allen Versuchen, unverändert an. Der Druck ist bei sämmtlichen Curven 60,0.

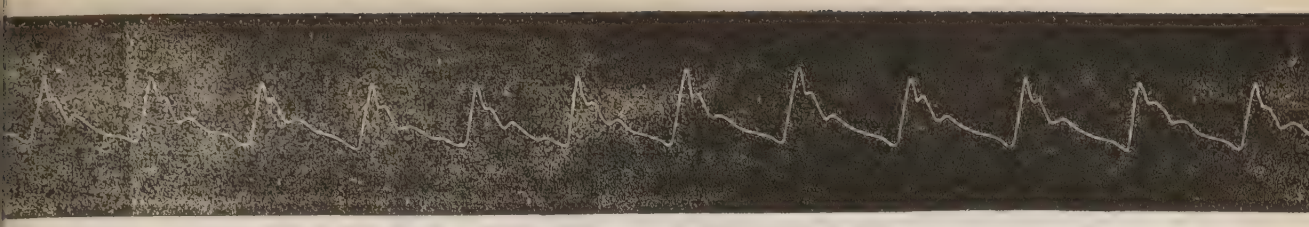
Nachm. 4^{10}. Puls 60.
„ 4^{12}. *0,02 Cocaïn injicirt.*



4^{19}. Puls 78 (+ 18). Die erste katakrote Elasticitätsschwingung ist weiter heruntergerückt. Die Rückstoss-Elevation ist höher.
4^{20}. *0,01 Cocaïn injicirt.*

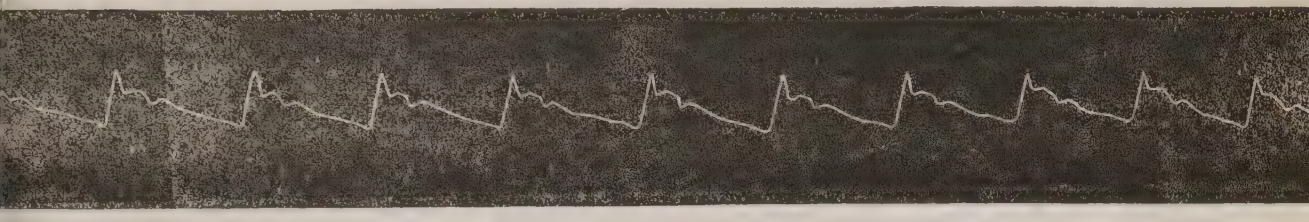


4^{26}. Puls 90 (+ 30). Die Zeichen der Druckabnahme sind noch deutlicher, die grosse Incissur vor der R. E. ist noch tiefer.



4^{32}. Die Zeichen der Gefässerschlaffung beginnen schon nachzulassen. Puls 78 (— 12 gegen das Maximum).

4^{36}. Puls 72 (— 18 gegen Max.). Die Elast. Schw. deutlicher, rückt wieder näher an den Curvengipfel.



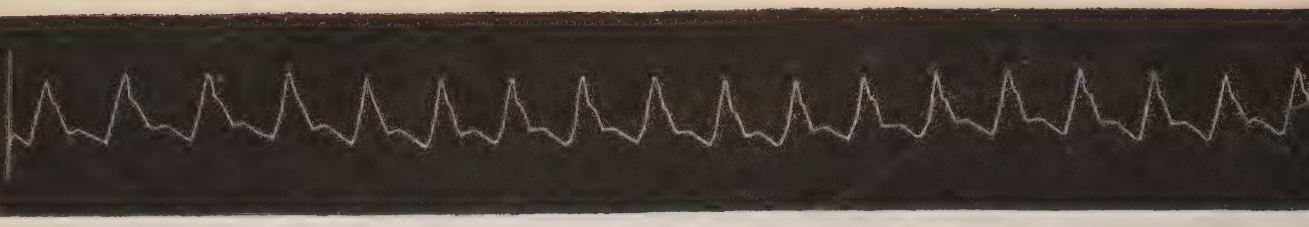
4^{48}. Puls 66 (— 24 gegen Max.; + 6 gegen Beginn). Die Zeichen der Gefässlähmung sind verschwunden.

Figur 7—9.

40jähriger Kranker, liegt zu Bett. Morgens 6 Uhr hat er 0,01, Mittags 12 Uhr 0,015 Morph. erhalten. Grosses Verlangen nach Morph. Rechte Radialis. Versuchsdauer 1 St. 11 Min. 34 Curven. Während des Versuchs 4 mal 0,01 Cocaïn. Belastung 75,0. Der Apparat bleibt unverändert liegen.

Nachm. 5^{20}. Puls 92—96.
„ 5^{22}. *0,01 Cocaïn.*

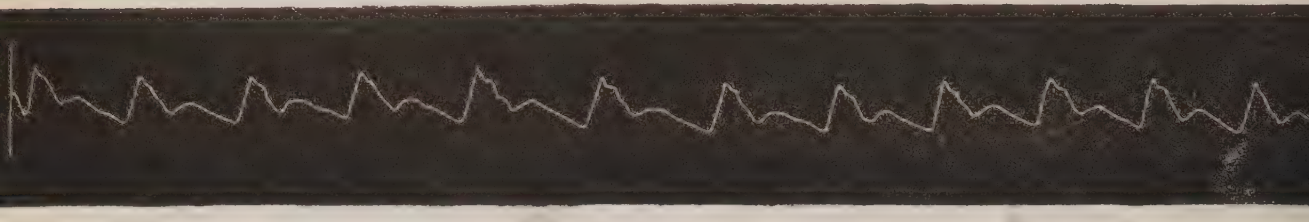
5^{30}. Puls 108 (+ 14). Welle höher, die Descencionslinie fällt schlaffer herab, die Elast. Schw. rückt nach abwärts, die R. E. wird grösser.
5^{32}. *0,01 Cocaïn.*



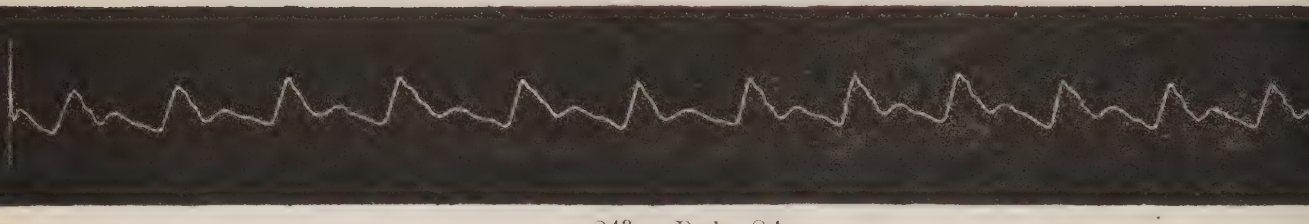
5^{42}. Puls 116 (+ 22). Deutliche Dicrotie.

Figur 10—17.

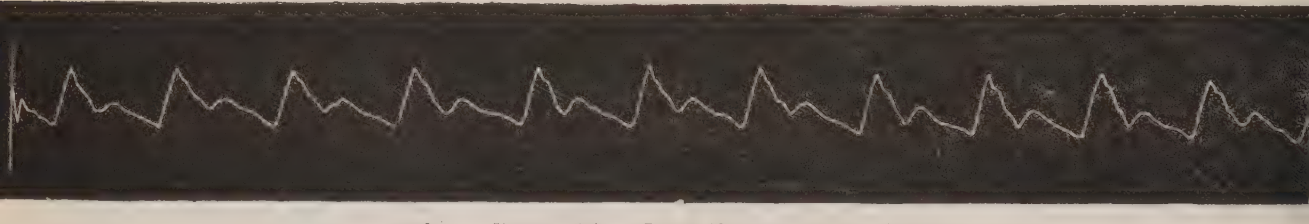
40 jähriger Kranker. Vormitt. und Mittags je 0,02 Morph. Liegt. Rechte Radialis. Belastung 60,0. Versuchsdauer 59 Min. 23 Pulsbilder. Apparat liegt unverändert an.



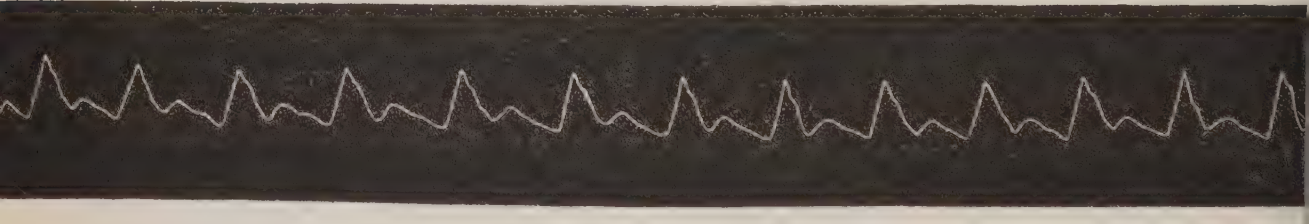
Nachm. 2^{37}. Puls 82. Resp. 18.
„ 2^{38}. *0,005 Cocaïn.*



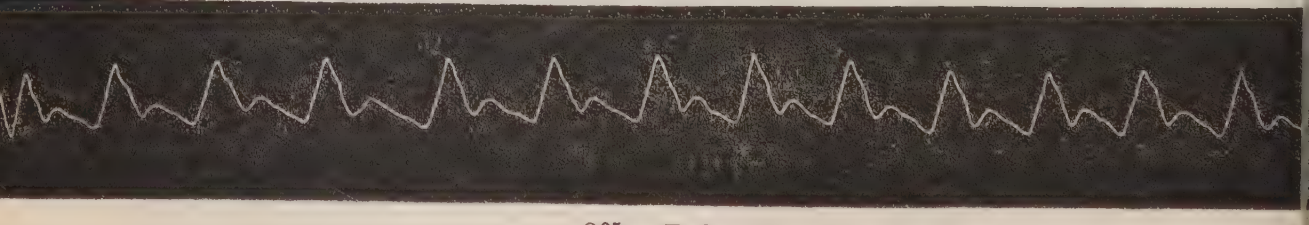
2^{43}. Puls 84.
2^{48}. *0,005 Cocaïn.*



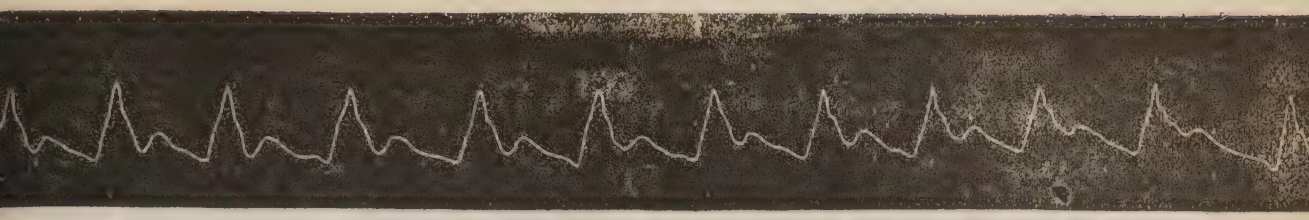
2^{52}. Puls 84. Der R. E. wird höher.



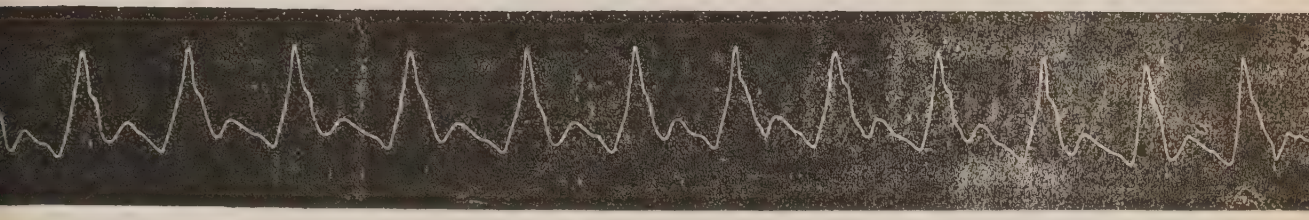
2^{57}. Puls 90. Resp. 20.
2^{58}. *0,005 Cocain.*



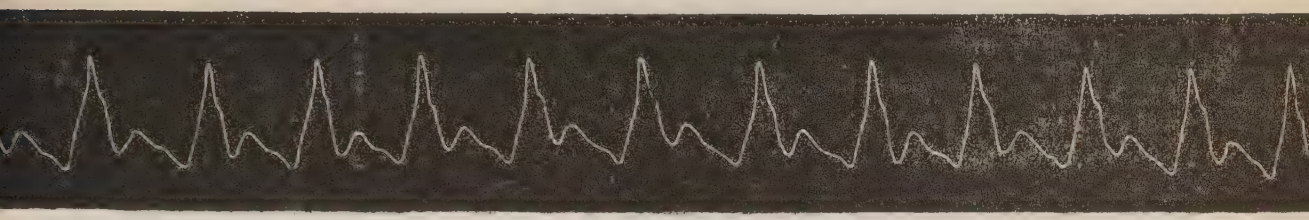
3^{05}. Puls 90.



3^{18}. Puls 84.



8^{25}. Puls 84.



3^{28}. Puls 82.

Die 4 letzten Pulsbilder zeigen deutliche Unterdicrotie. Bemerkenswerth sind die anakroten Schwingungen, die sich besonders in den drei letzten Bildern vorstellen.

Nach diesen Pulsbildern wird Niemand an der gefässlähmenden Wirkung des Cocaïn bei Morphiumsüchtigen zweifeln.

Was die oben erwähnte *Temperatursteigerung* anlangt, so habe ich dieselbe niemals nach einer einzelnen noch so hohen Cocaïndosis beobachtet; sondern dann, wenn ein Kranker einige Tage hintereinander fortgesetzt Cocaïn bekam. Der Patient, von welchem die Pulsbilder 1—6 stammen, zeigte z. B., nachdem er 2 Tage hintereinander je 4 × 0,02 und am dritten Tage 2 × 0,02 Cocaïn subcutan erhalten hatte, am Nachmittage des dritten Tages 38,2; dabei fehlte jeder andere Anhalt für die Temperatursteigerung. Am 4. Tage bekam er gar kein Cocaïn, die Temperatur — 3 stündlich gemessen — stieg nicht über 37,8. Am 5. und 6. Tage erhielt er wieder täglich 0,075 resp. 0,08 Cocaïn, am 7. 0,01, und hatte Nachmittags 38,1. Am 8. Tage ohne Cocaïn 37,7. Die Morphiumdosis wurde während dieser 8 Tage absichtlich ganz gleich gehalten und sogar genau zu denselben Zeiten injicirt.

Hier sei bemerkt, dass ich eine erweiternde Einwirkung auf die Pupille niemals beobachtet habe.

Auf die Aehnlichkeit der Cocaïnwirkung mit der des Amylnitrit will ich hier nur hindeuten.[1])

[1]) Die wenn auch flüchtige, so doch sicher eintretende gefässlähmende Wirkung des Cocaïn konnte ich bei einem Emphysematiker im Asthmaanfall constatiren. Auf eine Injection von 0,02 Cocaïn verschwand unter Steigerung der Pulsfrequenz die Dyspnoe völlig, aber nur für 4 Minuten.

3. Cocaïn erzeugte subjectiv das Gefühl von Wärme, die theils in die Magengegend localisirt, theils als mehr allgemeiner Natur bezeichnet wurde. Bei leerem Magen entstand nach einer Coc.-Inj. ein unangenehmes, fast schmerzendes Druck- oder Krampfgefühl im Epigastrium. Bei Dosen von 0,05, oder bei häufiger wiederholten kleineren Dosen traten in höchst unangenehmer und belästigender Weise Angst- und Ohnmachtsgefühle auf.

Wie wirkt nun Cocaïn auf die Krankheitserscheinungen der Morphium-Entziehungscur, auf die s. g. Abstinenzerscheinungen?

Alle Kranken empfanden nach der Injection das erwähnte Gefühl von Wärme und gaben an es sei ihnen wohler, behaglicher, im Allgemeinen besser. Diese Aufbesserung des Allgemeinbefindens dauerte nie über 10 bis 15 Minuten hinaus.

Spritze ich Cocaïn im Zustande grosser Morphiumabstinenz ein, wenn die Kranken anhaltend gähnen oder niessen, wenn sie Ziehen in den Waden, Schmerzen im Unterleib haben und von grosser Unruhe geplagt werden, dann beobachtete ich in der Mehrzahl der Versuche, dass alle diese Erscheinungen — am seltensten die Unruhe — in wenigen Minuten verschwanden. Es geschah das nicht immer, manchmal versagte eben das Cocaïn; wenn die Abstinenzerscheinungen aber verschwanden, dann war es die Regel, dass sie nach ganz kurzer Zeit wiederkehrten. Meine Kranken haben alle gerade an dieser flüchtigen Wirkung gemerkt, dass ich ihnen kein Morphium eingespritzt hatte, und diejenigen, die von den Cocaïninjectionen überhaupt Kenntniss hatten, sagten mir ausnahmlos richtig und sofort nach der Einspritzung, die ich immer unter der Firma einer Morphiumeinspritzung machte, ob es Morphium oder Cocaïn war. Sie gaben an, dass die euphoristische Wirkung des Cocaïn später auftrete als die des Morphium, dass sie gegenüber jener minimal und ebenso wie die beruhigende Wirkung auf die somatischen Abstinenzsymptome von kürzester Dauer sei.

Die Wirkung des Cocaïn in der Krankheitsperiode nach beendigter Entziehung, also in jenen unangenehmen ersten 6 bis 8 Tagen, wenn der Kranke kein Morphium mehr erhält, *war absolut negativ.* Auf die Unruhe und Schlaflosigkeit wirkt es gar nicht; auf Appetitlosigkeit und Diarrhoe hat es nicht den geringsten Einfluss.

Bezeichnend für die Art der Wirkung des Cocaïn dünkt mir der Umstand zu sein, dass alle Morphinisten, denen ich Cocaïn systematisch einspritzte, sich sehr bald gegen die Cocaïninjectionen sträubten und nur auf mein dringendes Bitten sich zu weiteren Versuchen hergaben. Diejenigen, welche die Gefühle der Angst und drohenden Ohnmacht kennen gelernt hatten, waren überhaupt nicht mehr dazu zu bewegen.

Bei gleichzeitiger Einspritzung von Morphium und Cocaïn schien mir im Ganzen, was das subjective Gefühl des Kranken angeht, die Morphiumwirkung vorzuwalten, wenn sie auch häufig — namentlich wenn die Cocaïndosis höher war als die des Morphium — später und schwächer eintrat, als bei purer Morphiuminjection von gleicher Dosis.

Die Pulsfrequenz stieg jedesmal nach einer combinirten Einspritzung und sphygmographisch war ausnahmslos die Cocaïnwirkung nachweisbar. Eine direct antagonistische Wirkung, wie sie Richter angegeben hat, habe ich nie beobachtet.

Die einzige Wirkung von längerem Werthe, die dem Cocaïn wie es scheint innewohnt, ist die Verminderung der *Sucht* und des *Verlangen* nach Morphium; dieselbe ist aber auch nicht constant, und scheint erst nach fortgesetzter Cocaïnbehandlung — gleichzeitig mit Temperatursteigerung — aufzutreten.

Ich kann meine Erfahrungen, die im Ganzen eine Bestätigung der ersten americanischen Mittheilungen enthalten, also dahin zusammenfassen: Cocaïn ist fähig die s. g. Abstinenzerscheinungen incl. der Sucht in der Morphiumentziehung zu dämpfen; da dieser günstige Einfluss aber nur für kurze Minuten anhält, so muss ich das Mittel als ein ganz geringfügiges Substituens des Morphium bezeichnen, das um so weniger Beachtung verdient, als die flüchtige Wirkung in gar keinem Verhältnisse zu dem immer noch enorm hohen Preise steht, und wir andere billigere Mittel besitzen, die schneller, sicherer, und anhaltender wirken.

Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass die wenigen von mir an nicht morphiumsüchtigen Personen gemachten Cocaïninjectionen im Wesentlichen dieselben oben geschilderten flüchtigen Symptome hervorriefen: Steigerung der Pulsfrequenz, Gefühl von Wärme, Sinken des arteriellen Druckes. Pupillen[1]) und Temperatur blieben unverändert.

Diesen meinen Mittheilungen will ich noch folgendes hinzufügen.

Einer meiner Patienten, Arzt, erzählte mir, dass er in Folge der Veröffentlichungen von Freud und Wallé, namentlich auf Grund deren Behauptung von dem Antagonismus zwischen Cocaïn und Morphium, selbst versucht habe durch steigende Dosen von Cocaïn sich das Morphium abzugewöhnen. Er habe im Ganzen 16 Gramm Merk'sches Cocaïn verbraucht und dabei Einzeldosen bis zu 0,4 genommen mit dem Erfolg, dass er seine gewohnheitsmässige Morphiumdosis (0,8 bis 1,0 pro die) nicht um einen Milligramm zu vermindern im Stande gewesen sei. Er gab an, bei den Decigrammdosen neben heftigster Angst oft „Beben der Hände“ gehabt zu haben, das ihm das ordentliche und gerade Schreiben erschwert und fast unmöglich gemacht habe.

---

[1]) Nach den neuesten Mittheilungen von Panas soll Cocaïn, welches durch einmalige Extraction der Cocablätter gewonnen wird, keine mydriatische Eigenschaft haben. Bei dem hohen Preise des Cocaïn haben die Fabrikanten die Cocablätter zum zweiten Male extrahirt. Dabei gesellt sich dem Cocaïn ein Stoff zu, der die Pupille erweitert. Dieser Stoff soll nach Untersuchungen von Calmels ein Derivat des Hygrins, wahrscheinlich ein Hygrinäther sein. Es scheint mir nicht unwahrscheinlich, dass auf diese Weise die variable Wirkung des Cocaïn eine Erklärung findet. Auch ist es denkbar, dass dieser Stoff der Träger der antagonistischen Wirkung im Sinne Richter's ist.

II. Original-Vereinsbericht.

Medicinische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 17. Juni 1885.

311) Herr **Lewinski:** *Zur Pathalogie des Nervus sympathicus.*

Eine 40 jährige Dame, deren Vater lange Zeit an Cardalgien gelitten und deren Schwester an Ulcus ventriculi chron. zu Grunde gegangen war, hatte seit der Pubertät einen Kropf und seit 15 Jahren Erscheinungen eines Ulcus ventriculi chron. In den letzten Jahren traten bei ihr auch Erscheinungen am rechten Auge und Arme auf. Frühjahr 1884 reichte der feste Kropf rechts bis unter die Clavicula herab, das rechte obere Augenlid hing herab, der Bulbus lag tiefer, die Pupille war verengt, der intraoculäre Druck herabgesetzt und ophthalmoskopisch eine geringe Erweiterung der Gefässe zu constatiren. Ausserdem bestand Herabsetzung der Schweisssecretion auf der rechten Gesichtshälfte und geringe Atrophie der rechten Wangengegend. Die Temperatur in rechten meatus auditorius externus war um $0{,}2^0$ C. herabgesetzt gegenüber der linken Seite. Der rechte Vorderarm und die Hand waren geschwollen, die Differenz beider Vorderarme betrug bis 2 ctm. und bestand diese Schwellung mit Schwankungen seit 6—8 Jahren. Nicht allein die Haut und das subcutane Gewebe, sondern auch die tiefer liegenden Theile nahmen an der ödematösen Schwellung Theil. In der rechten Achselhöhle war Schweisssekretion vorhanden, am Vorderarm und der Hand nicht. Die Temperatur-Differenz in der Achselhöhle war nicht bedeutend, dagegen betrug sie in den Händen $1{,}3^0$—3^0 C. zu Ungunsten der rechten Seite. Später entwickelte sich eine eitrige Parotitis, und es kam zur Incission; eine Schwellung der Parotis rechterseits blieb zurück. Sodann trat einmal eine starke Schweissabsonderung auf, auch ein wenig rechts im Gesicht, doch nicht so viel als links und dieselben Differenzen bestanden an den Vorderarmen. Die Temperatur war weiterhin am rechten Vorderarme immer und zwar verschieden stark herabgesetzt.

Es liegen also die Erscheinungen einer typischen Lähmung des Halssympathicus in den oculo-pupillären Störungen, der Herabsetzung der Schweisssecretion und den trophischen Veränderungen vor. Eine Parotisschwellung ist dabei noch nicht beobachtet worden und ihre Abhängigkeit davon fraglich. Auf vasomotorischem Gebiete scheint die Erniedrigung der Temperatur am rechten Gehörgange im Widerspruche mit physiologischen Thatsachen zu stehen, doch sind letztere noch zu wenig sicher (Schiff) und die klinischen Beobachtungen zeigen auch Verschiedenheiten und zwar fand sich bald eine normale, bald erhöhte oder erniedrigte Temperatur. Bemerkenswerth sind die vasomotorischen Störungen am *rechten* Arm. Die Temperatur differirt in der Achselhöhle und der Cubitalgegend nicht deutlich, in der Hand war dagegen die Differenz um so hochgradiger, je tiefer die Temperatur der Hände überhaupt war und umgekehrt. Die Schweisssekretion war in der Achselhöhle rechts nicht verändert, wohl aber am Vorder-

arme herabgesetzt. Endlich ist die Schwellung, das Oedem des rechten Vorderarmes und der Hand ohne Störungen der Sensibilität und Motilität auffallend und steht in Beziehung zu den vasomotorischen Störungen (Ranvier, Sotnitschewsky).

Die Läsion des Sympathicus dürfte in vorliegendem Falle durch die Struma vermittelt sein und zwar vermöge des Druckes derselben auf den unteren Hals- und oberen Brusttheil des Sympathikus, der Ort, wo die Fasern für den Kopf und Arm sich einander nahe kommen. Uebrigens deutet die Differenz im Verhalten des rechten Oberarms gegenüber dem Vorderarm weiterhin auf einen verschiedenen Verlauf der betreffenden Fasern und es wäre richtig bei Halslähmung des Sympathicus die Bestimmung der Temperatur in der Hand auch vorzunehmen.

In der *Discussion* bemerkt Vortrag. auf eine Anfrage des Herrn Lewin, Pigmentirungsunterschiede seien im Gesicht nicht vorhanden gewesen. Herr Westphal weist auf das Vorkommen von einseitigem Schwitzen bei normalen Verhältnissen und bei Tabes hin. Herr Remak verbreitet sich über den Faserverlauf des Sympathicus unter Anziehung einiger Fälle von Hutchinson (Läsionen des unteren Plexus brachialis mit oculopupillären und Armsymptomen). Herr Bardeleben bemerkt noch, in transplantirten Hautstücken seien bedeutende Temperaturdifferenzen zu constatiren. Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

312) **M. A. Schulgin:** Phylogenesis des Vogelhirnes. (Inaugur. Dissert. Jena 1885. 36 S. II Taf.)

Ammonshorn und Balken fehlen im Gehirne der Vögel und sind auch embryologisch nicht angedeutet, sodass von einer secundären Reduction nicht die Rede sein kann; das Vogelhirn muss demnach phylogenetisch von solchen Hirnformen abgeleitet werden, welche wie sämmtliche niedere Wirbelthierclassen ebenfalls dieser Gebilde entbehren. — Andererseits besitzt das Vogelgehirn alle Theile des Reptilienhirnes, während den Säugern einige derselben abgehen. — Das Vogelhirn zeigt also ein Reptilienhirn auf höchst entwickelter Stufe, und steht nicht in der directen Linie phylogenetischer Entwicklung der Säuger aus den Reptilien. Obersteiner (Wien).

---

313) **v. Monakow** (St. Pirminsberg): Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der sog. Sehsphäre zu den infracorticalen Opticuscentren und zum N. opticus.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 151.)

1. Experimentelle Untersuchungen an Katzen. Der seit Jahren mit den fraglichen Untersuchungen beschäftigte Verf. hat neue Resultate erreicht. Es handelt sich um die Abtragung der Rindensehsphären und secundäre absteigende Atrophien in den infracorticalen Opti-

cuscentren, nämlich im Corp. genic. ext., im Pulvinar und in dem vorderen Paar der Vierhügel der operirten Seite. Die Atrophien treten mit Sicherheit nach 4—8 Wochen ein. Nicht so regelmässig ist die Athrophie im Tractus opticus und den Sehnerven. — Beim Kaninchen lassen sich bestimmte Beziehungen zwischen *umschriebenen* Partien der Sehsphäre und entsprechenden *besonderen* Regionen in den infracorticalen Opticuscentren *nicht* auffinden, dagegen war bei der Katze eine Lokalisation der Athrophie möglich: Es ergab sich im Allg., dass die *mediale* Parthie der *Sehsphäre* beinahe ausschliesslich mit den *lateralen*, und die *laterale* mehr mit den *medialen* Partien der infracorticalen *Centren* in Verbindung stand. (Verlauf der Bündel in der Haube).

2. *Pathologisch-anatomische Untersuchungen am menschlichen Gehirn.*

Der hier mitgetheilte Fall von *thrombotischen Hirnabscessen*, betreffend einen 70 jährigen Mann, bietet eine solche Fülle von pathologisch-anatomischen Untersuchungen und Resultaten in Bezug auf Lokalisation, dass ein Referat nur das hauptsächlichste hervorheben kann: Das betreffende Individuum bot durch 16 Monate die Symptome der *Seelenblindheit* (Munk) uud *Worttaubheit* (Kussmaul). Das optische Bewusstsein bestand nur in ganz allgemeinen Zügen (Orientirung im Raum, Vermeidung von Hindernissen), doch wurde sich der Kranke seiner Netzhautbilder gar nicht bewusst, deutete sie nicht; er erkannte z. B. seine Angehörigen nicht, unterschied nicht die Speisen u. dgl. — Ferner war er worttaub, jedoch begriff er nur den *Sinn* des gesprochenen Wortes nicht, während er z. B. Frage und Befehl nach dem Ton der Sprache unterschied, sich an Musik zu ergötzen vermochte. Bei der Section fanden sich *beiderseits* die Occipitalwindungen theils vernichtet, theils ihrer Verbindungen mit der Peripherie verlustig, ferner *links* Degeneration und Zerstörung der beiden oberen Temporalwindungen. Ausserdem waren *rechts* degenerative Atrophien im Pulvinar, Corp. genic. ext., im Thalam. optic. und im Tuberc. anterius vorhanden (Opticuscentren). Diese Atrophien hält Verf. für *secundären* Ursprungs, weil alle die betr. Partien versorgenden Endarterien für eine Injectionsmasse sich als permeabel erwiesen, ferner weil Körnchenzellendegeneration im Verlauf der Gratiolet'schen Stränge vom Defect bis zu den entarteten Opticuscentren gefunden wurde. — Ganz analoge Erscheinungen hat Verf. bei Thierversuchen gesehn. — Neben den genannten Veränderungen war Degeneration in der r. aufsteigenden Phornixwurzel, in der absteigenden Schleife, im r. Tractus opticus, im Chiasma und in beiden Sehnerven, bezüglich deren Erörterung auf die Originalarbeit verwiesen werden muss. Nach den Resultaten dieser Monakow'schen Untersuchungen wäre die *optische Leitungsbahn von der Retina bis zur Rinde* (resp. umgekehrt) verfolgt.

Langreuter (Eichberg).

314) **Pericles Vejas** (Burghölzli): Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Verbindungsbahnen des Kleinhirns und des Verlaufs der Funiculi graciles und cuneati. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 200).

Die Exstirpationen, an 2 Kaninchen und einer Ratte vorgenommen, betrafen einmal den Funic. gracil. und den Funic. cuneat. in der Höhe ihrer Kerne, ferner eine Kleinhirnhemisphäre, Nucleus dentatus, Flocke und einen Theil des Wurmes, schliesslich Flocke, Theil des nucleus dentatus und Brückenarm. Sämmtliche Operationen waren natürlich halbseitig. Von den Resultaten, welche mit den früheren Befunden von Forel, Laufer, Gudden, Meynert, Monakow, verglichen wurden, hebe ich folgende hervor:

Das *corpus restiforme* ist zusammengesetzt aus einem mächtigen Faserzug, der von einer Kleinhirnhälfte zur entgegengesetzten Olive zieht, aus der Flechsig'schen Kleinhirnseitenstrangbahn und aus einem Faserzug vom Seitenstrangkerne. — Die Endigungsstätte des c. rest. ist bisher unbekannt, eine Kreuzung der beiderseitigen Stränge im Kleinhirn findet wahrscheinlich nicht statt.

Die innere Abtheilung des *Kleinhirnstieles* entsteht vom Kerne des funic. cuneat., endigt im Dachkern, möglicherweise der gekreuzten Seite. (Ratte.)

Die Endstätte des *Bindearms* im Kleinhirn ist auf alle Theile der Kleinhirnrinde vertheilt.

Der Brückenarm hängt mit der *Hemisphäre* des Kleinhirns derselben Seite zusammen. — Der Nachweis einer *directen Verbindung zwischen Klein- u. Grosshirn* ist bisher *nicht* geliefert.

Der *Funiculus gracilis* nimmt Theil an der Bildung der Hinterstränge und der Olivenzwischenschicht der entgegengesetzten Seite. Diese Fasern atrophiren bei Exstirpation seines Kernes, (ferner bei Wegnahme des Scheitellappens der Hirnrinde).

Der Zusammenhang des *funiculus cuneatus* mit dem Deiters'schen (äusserem Acusticus-) Kern (v. Monakow) bestätigt sich nicht, eben so wenig sein Zusammenhang mit den Oliven (Deiters etc.).

Langreuter (Eichberg).

---

315) **Chr. Leegaard:** (Christiania) Bidrag til Lokalisationslaeren. (Beitrag zur Lokalisationslehre.)

(N. Mag. f. Laegev. B. XV. H. 4. Sep.-Abdr.)

Ein 30j. Arbeiter zeigt unmittelbar nach einer Kopfverletzung Verlust des Bewusstseins und vollständige *Lähmung des linken Arms.* Das Bewusstsein kehrt nach einer Viertelstunde zurück und eine halbe Stunde später auch die Motilität des Ober- und Unterarms, während *Hand und Finger paretisch* bleiben. Fünf Monate darauf ein *epileptiformer Anfall*, der mit Zuckungen in Fingern, Hand und Arm der linken Seite begann. Wegen einer zurückgebliebenen eiternden Fistel wird Pat. 11 Monate nach der Verletzung ins Hospital aufgenommen. Es wird eine Depression constatirt, die nach unten von einer scharfen

Knochenkante begrenzt wird, welche sich in einer Länge von 7,5 cm. vom Tuber parietale dextr. nach vorn bis zur sutura coronaria erstreckt, und zwar 13 cm. über der Spitze des proc. mastoideus, 7 cm. unter der sutura sagittalis. Eine Incission führt auf einen Knochenspalt von 4 mm Breite, durch den man in einen Raum zwischen Knochen und Dura gelangen konnte. Nach Abmeisselung des hinteren Wundwinkels und Anlegung eines antiseptischen Verbandes gute Heilung. Nach der Operation folgten zwei epileptiforme Anfälle, der zweite ohne Bewusstseinsverlust; die Krämpfe waren auf den linken Arm beschränkt.

17 Tage nach der Operation constatirt Verf. Intactsein der Intelligenz; Pat. klagt weder über Kopfschmerz noch Schwindel, sondern nur über geringe Steifheit und Unbeholfenheit des linken Arms und der Hand, sowie über leichtes Taubheitsgefühl an den Fingern. Die objective Untersuchung ergiebt geringe *Herabsetzung der Kraft* des linken Arms; die feineren Bewegungen, wie knöpfen u. dgl. unbeholfen. Bei Schluss der Augen werden auch einfache Bewegungen etwas ungeschickt, ohne eigentliche Ataxie. Reflexe von Periost und Sehnen um Hand- und Ellenbogengelenk deutlich erhöht, Hautreflexe normal, weder Rigidität noch Atrophie. *Sensibilität* der Haut an Fingern und Hand *etwas herabgesetzt*; am kleinen Finger werden leichte Berührungen gar nicht empfunden. Die Herabsetzung des Gefühls betrifft sowohl die Schmerzempfindung wie die Lokalisation, die Untersuchung mit dem Aesthesiometer ergiebt einen sehr beteutenden Unterschied zwischen linker und rechter Seite. Temperatur- und Druckempfindung erscheinen dagegen nicht wesentlich verändert; auch wird die Stellung und Lage des Gliedes deutlich empfunden.

An beiden Unterextremitäten die Patellarsehnenreflexe sehr erhöht wie auch beiderseits ausgesprochenes Fussphänomen. Sonst Nichts Abnormes.

Nach der Lage der Depression muss die Hirnaffection in die mittlere Partie der Centralwindungen verlegt werden, was ja mit der Lokalisation des corticalen Centrums für die Armbewegungen gut harmonirt. Die epileptiformen Anfälle boten das bekannte Bild der corticalen (partiellen) Epilepsie. Hauptsächlich aber ist der Fall wegen der sensibeln Störungen von Interesse. Sie deuten darauf hin, dass entsprechend den experimentellen Ergebnissen von Munk und den klinischen Untersuchungen von Exner *dieselben* Abschnitte der Corticalsubstanz, welche Bedeutung für die Motilität haben, solche auch für die Sensibilität und zwar *derselben Theile* des Körpers besitzen. Indem Verf. die Bedeutung seiner Beobachtung in dem eben angeführten Satze, also als eine Stütze für die experimentellen Resultate von Munk, präcisirt, bestreitet er dennoch, dass die Munk'sche Theorie der Seelenlähmung durch derartige Fälle gestützt werden könne. (Bekanntlich hat L. in einer frühern grösseren Arbeit (S. d. Centralbl. 1884 p. 366) bestritten, dass bei Monoplegieen, wie hier eine vorliegt, die Sensibilität immer herabgesetzt sei, und war auch einer ferneren Ansicht von Wernicke, dass die Monoplegia brachialis in einer Parese mit

Erhaltensein der groben Bewegungen bestehe, entgegengetreten. Der oben referirte Fall zeigt nun freilich beide genannten Eigenthümlichkeiten in prägnanter Weise. Ref.) Dehn (Hamburg).

316) **J. T. Eskridge** (Philadelphia): Tumor of the cerebellum with monocular hemianopia. (Tumor des Kleinhirns mit einseitiger Hemianopsie.)
(The journal of nervous & ment. dis. Jan. 1885. p. 1.)

Es handelt sich um eine 32 j. Frau, ohne heriditäre Belastung, die im 9. J. Scarlatina überstanden hatte, welche Taubheit des l. Ohres zurückliess; im 19. J. heirathete sie, hatte während ihrer Ehe 2 Aborte, im 3. Monat. Der Mann starb nach 6 Jahren an Phthisis.

Im 24. J. überstand sie einen Gelenkrheumatismus. Später war sie gesund, bis auf eine Schwäche des Digestionsapparates und auf eine linksseitige Migräne, die sich zur Zeit der Menstruation einstellte Im 29. Jahre heirathete sie wieder. Bald darauf nahm die Intensität der Kopfschmerzen zu, sie traten auch ausserhalb der Menstruationszeit auf und machten sich abwechselnd an verschiedenen Stellen bemerkbar; 3 Monate nach der Hochzeit traten Schmerzen im rechten Auge auf mit Abnahme der Sehkraft und subjectiven Lichterscheinungen, sowie Taubheitsgefühl in den rechten Extremitäten. Ebenso stellte sich öfters Erbrechen ein, und Vertigo. Als sie im Juli nach dem Krankenhause gebracht wurde, waren die beiden letzt genannten Symptome am meisten hervortretend.

Stat. praesens: Blasse, abgemagerte Person; grobe Kraft der rechten Hand sehr vermindert; das Gehen ohne Unterstützung kaum möglich. Electrische Erregbarkeit der Muskeln normal. Kniephänomen beiderseits herabgesetzt. Zunge weicht herausgestreckt leicht nach links ab. Keine Parese des Facialis; Sprache langsam, leicht hesitirend, ohne Articulationsstörung.

Die rechte Pupille etwas erweitert und träger auf Licht reagirend als die linke. Sensibilität und Localisationsvermögen beiderseits nicht gestört, ebenso das Geruchsvermögen. Das Gehör rechts = 0 (cf. Anamnese. Ref.). Geschmack fehlt rechts. Finger werden rechts in 10 Fuss Entfernung gezählt, links in 6. Gesichtsfeld rechts normal, links temporale Hemianopsie, die in der Medianlinie scharf abschneidet. Beiderseits Neuritis, links bedeutend weiter vorgeschritten und mit Stauungspapille verbunden. Die Psyche ist intact. Uterus vergrössert, 5. Schwangerschaftmonat. Herztöne des Kindes deutlich hörbar. An einigen Stellen des Kopfes (cf. d. Orginal) ist die Temperatur um 1^0 höher als in der Achsel, welchem Symptome Verf. eine pathognostische Bedeutung zuerkennen möchte.

Am 24. Dez. Exitus, nachdem in der letzten Zeit auf eine bedeutende Benommenheit, welcher ein Exitationsstadium voraus gegangen war, sich eingestellt hatte. Unmittelbar nach dem Tode wurde ein todtes Kind mit dem forceps extrahirt.

Die Section ergab ein kastaniengrosses Spindelzellensarcom des lateralen Theiles des rechten Cerebellums; das Grosshirn unverändert.

König (Dalldorf).

317) **Kemper:** (Muncie, Ind.): A case of painful paraplegia, death, autopsy revealing sarcoma of the vertebrae. (Ein Fall von schmerzhafter Paraplegie, Exitus, Sarkom der Wirbelsäule.)
(The journal of nerv. & ment. disease, Jan. 1885. p. 9.)

Pat. 44. J. alt, verheirathet, war 1878 wegen linkseit. Mammacarcinoms operirt worden. 1883 bekam sie wieder Schmerzen in der Narbe, es fand sich eine Induration, in folge dessen jetzt die ganze Mamma entfernt wurde. Die mikroskop. Untersuchung ergab auch jetzt carcinomat. Zellen. Bald darauf entwickelt sich ein neuer Tumor in der Narbe, mit Infiltration der Axillardrüsen. Ausserdem zeigte sich in der Gegend des 8. u. 9. Dorsalwirbel Schmerz. Anfänglich dachte man nur an eine Spinalirritation, da die Wirbelsäule in ihrem ganzen Verlauf auf Berührung schmerzhaft war, bald nahm man aber ein Neoplasma an, da sich Parese verschiedener Muskelgruppen, namentlich aber des rechten Armes und des Thorax und der unteren Extremitäten einstellte; auch die Sensibilität war herabgesetzt. In der letzten Zeit trat auch Lähmung der Sphincteren hinzu. Am 2. Dez. Exitus.

Der Sectionsbefund ist leider sehr kurz gehalten, es wird nur angegeben, dass der 8. u. 9. D.-Wirbel etwas erweicht erschienen, und die mikroskop. Untersuchung ein „alveoläres Sarcom“ ergab.

König (Dalldorf).

---

318) **Tamburini** und **Sepilli** (Reggio): Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus; übertragen und bearbeitet von M. O. Fränkel (Bernburg) 2. Heft. (Wiesbaden. Bergmann 1885.)

Die Resultate, welche die auf diesem Gebiete fleissig arbeitenden Verf. hier mittheilen, bilden die Fortsetzung ihrer im Jahre 1882 erschienen Untersuchungen, welche in unserem Blatte 1882 pag. 85 und 483 wiedergegeben sind. Indem wir um Wiederholungen zu vermeiden, auf das dort Referirte verweisen, theilen wir hier in Kürze die Hauptergebnisse dieser zweiten grösseren Arbeit mit, ohne auf die Art und Weise, wie Verf. zu ihren Resultaten gekommen sind, näher einzugehen.

1. Die verschiedenen Zustände des Hypnotismus kann man nacheinander mit Hilfe *desselben*, aber nach und nach *verstärkten* und *verlängerten* Reizmittels erhalten.

2. Die thermischen Reize unterbrechen alle diese Zustände und bewirken Unerregbarkeit der Muskeln mehr oder weniger rasch, vollständig und anhaltend, je nach Stärke und Dauer des Reizmittels.

3. Einseitige Application der Reizmittel wirkt nur auf diejenige Körperhälfte, auf welche dieselben applicirt werden.

4. Wiederholung desselben Reizmittels, welches den kataleptischen Zustand bewirkt, vermag den letzteren auch wieder aufzuheben.

5. Beim Uebergang vom Wachen in den hypnotischen Schlaf verengern sich die peripheren Gefässe, wenn zuerst Katalepsie und erweitern sich, wenn zuerst Lethargie hervorgerufen wird.

6. Die sogenannte neuromusculäre Hyperexcitabilität (die Geneigtheit zu Contraction und Contractur auf mechanische Reize) ist characteristisch für den lethargischen Zustand, die plastische Biegsamkeit der Muskeln für den kataleptischen, die allgemeine Contractur für den somnabulen; insgesammt sind sie aber nur Aeusserungen der erhöhten Erregbarkeit der motor. Central-Apparate — die sich unter verschiedenen Formen von Muskeltonus kundgeben, je nach Dauer und Stärke der angewandten Reizmittel.

7. Während der Hypnose befindet sich die ganze Cerebro-Spinalachse in erhöhtem Reizzustande — ausser den motorischen auch die sensorischen und psychischen Centren (daher Hallucinationen etc.).

8. Die Erscheinungen im kataleptischen Zustande — als Verlangsamung der Respiration, mangelnde Reaction gegen den Magnet, Unterbrechung der Sprache hängen wahrscheinlich von der (schwachen) Contractur der betr. Muskeln ab.

9. Die Verengerung der peripheren Gefässe beim Uebergang aus dem lethargischen in den kataleptischen Zustand ist sicherlich die Folge eines Gefässreflexes und an verstärktem Blutzufluss zum Gehirn gebunden; die Erweiterung der peripheren Gefässe im lethargischen Zustande ist dagegen Folge der wieder eintretenden Ausgleichung im Blutlauf.

Soweit das Thatsächliche. In Hinsicht auf die geistreichen hypothetischen Auseinandersetzungen Bubnoff's und Heidenhain's verhalten sich die Verf. einigermassen skeptisch, da mit „Erregungs- und Hemmungsvorgängen im Inneren der Ganglienzellen" für die Erklärung nicht viel gewonnen und das Dunkel noch keineswegs gelüftet sei. Verf. glauben sich vorläufig noch auf die Erklärung einzelner Erscheinungen auf dem motor. Gebiete beschränken zu sollen, für welche es nur eine Grundbedingung gibt: die vermehrte Reizbarkeit der motor. Central-Apparate, welche gemäss der Dauer und Stärke der Reize, die sie in Gang bringen, unter Modificationen des Muskeltonus sich äusseren, die zu jenen in gradem Verhältniss stehen.

Goldstein (Aachen).

---

319) **Danilewsky** (Charkow): Zur Physiologie des thierischen Hypnotismus. (Centralbl. für die med. Wissensch. 1885. 20.)

Verf., der schon früher Beiträge zum thierischen Hypnotismus geliefert hat, theilt hier Versuche mit, die er an verschiedenen Thieren angestellt hat. Flusskrebs, Krabbe, Fische im Wasser, Kröten- und Froschlarven, Frösche, Wassersalamander, Schlangen, Eidechsen, Schildkröten, junge Eulen, Hühner, Enten und kleine Vögel — alle hat er durch geeignete Manipulationen in Hypnose versetzen und Zustände von Anästhesie und Hemmung an ihnen studiren können. Er stellt die Hypothese auf, dass man sämmtliche Erscheinungen des thierischen Hypnotismus auf psychoreflectorische Hemmungsvorgänge zurückführen kann, die theils vom Grosshirn, theils von dem übrigen Centralnervensystem herbeigeführt werden. Die psycho-sensitiven emotionellen Centren der erste-

ren, welche durch die Sinnesgefühle der Gezwungenheit resp. des Gefangen- und Ueberwundenseins, ja selbst durch die homologen Vorstellungen ohne äussere entsprechende Anregung (wie beim Menschen) in Erregung gesetzt werden, verursachen jene Symptome der Willenlosigkeit, Katalepsie, äusserlichen Ausdruckes der Depression des Sensoriums, welche die wesentlichen Kennzeichen eines hypnotischen Zustandes bilden.

Die oben erwähnten Hemmungsvorgänge sind von den *pathisch-reflectorischen* zu unterscheiden, welche durch die peripheren Schmerzgefühle, d. h. *starke* Reizung der sensiblen Nerven hervorgebracht werden. Die Combination dieser beiden Formen der reflectorischen Hemmungen bilden das Wesentliche der Preyer'schen Kataplexie.

In wie weit die einfachen Beobachtungen am Thiere für die Erklärung der Hypnose bei Menschen beitragen können ist vorläufig nicht zu sagen; das aber scheint klar, dass zwischen der Thierhypnose und den vielfältigen ähnlichen Symptomen beim Menschen eine innige psycho-physiologische Verwandtschaft besteht, die in der phylogenetischen Entwickelung der Nervenfunction ihre Erklärung findet.

Erlenmeyer.

---

320) **Hans Kaan** (Graz): Ueber die Beziehungen zwischen Hypnotismus und cerebraler Blutfüllung. (Wiesbaden, Bergmann. 1885. 35 S. III Taf.)

Die bisherigen Behmühungen die physiologischen Bedingungen des hypnotischen Zustandes, resp. seiner verschiedenen Stadien zu bestimmen, haben noch nicht zu ganz befriedigenden Resultaten geführt, wenn auch bereits die Erkenntniss Platz gegriffen hat, dass ein Erfolg nur durch Anwendung exacter Untersuchungsmethoden möglich ist. Desshalb verdienen auch die vorliegenden Versuche unsre Beachtung, weil sie in der angegebenen Weise angestellt, uns um einen bedeutenden Schritt dem Verständniss des Hypnotisums näher bringen.

Als Medium wurde hauptsächlich ein 21 jähriges Mädchen verwendet, welches erblich belastet ist; seit ihrer Kindheit bestehen Ohnmachtsanfälle, die zum ersten Male in Folge eines Schreckens aufgetreten waren. Chlorose, mit 18 Jahren wahrscheinlich Perimetritis, seitdem Dysmenorrhoe, wiederholte Selbstmordversuche.

Durch Fixirung des Blickes konnte sie absolut nicht in Hypnose versetzt werden, wohl aber durch Compression der Bulbi; da aber letztere Methode nur zum lethargischen Stadium führte, wurden dann Passes (leise Handstriche vom Scheitel gegen die Schulter) angewendet, wobei nach dem lethargischen Stadium, ein somniantes, dann ein somnambules und zuletzt ein kataleptisches Stadium erzielt werden konnte.

Wurde im lethargischen Zustand ein möglichst warmer Umschlag auf den Kopf applicirt, so erwachte die Patientin, während ein kalter Umschlag die Hypnose vertiefte. Ein solcher kalter Umschlag in der Katalepsie brachte hingegen im Verlaufe von 2 — 3 Minuten den lethargischen Zustand hervor, aus welchem das Mädchen durch einen

warmen Umschlag erwachte; im kataleptischen Stadium selbst blieb letzterer erfolglos. — Aus dieser Verschiedenheit der Erweckungsmittel in den beiden genannten Stadien kann man auf eine fast diametral entgegengesetzte Blutfüllung des Gehirns schliessen; und Verf. ist daher geneigt mit Heidenhain eine durch den monotonen lang andauernden Sinnesreiz auftretende reflectorische, über die Norm hinausgehende Anämie des Gehirnes anzunehmen, welche aber bei der Fortdauer des Reizes, einer ebenfalls über die Norm hinausgehenden Hyperämie Platz macht. — Diese Anschauung findet eine weitere Bestätigung in den Schwankungen des Armvolumens. Der Verf. bediente sich eines modificirten Mosso'schen Plethysmographen. Im lethargischen Stadium konnte ein Ansteigen der Volumscurve beobachtet werden, welches während des somnianten Stadiums anhielt, um im Somnambulismus noch mehr aber in der Katalepsie wieder zu sinken. Es ist nun erlaubt, die Zunahme des Armvolumens im ersten Stadium auf eine Abnahme der Bluttfüllung in einem anderen Organe zu beziehen, und dies wird in unserm Falle wohl das Gehirn sein; das umgekehrte Verhältniss gilt für die Katalepsie.

Auf die Versuche des Verf. auch für die beiden mittleren Stadien den Zustand der cerebralen Gefässe in den verschiedenen Gegenden des Gehirnes zu bestimmen kann im Referate nicht näher eingegangen werden, eben so wenig wie auf die daraus resultirende Hypothese der Entstehung des Hypnotismus überhaupt; — es genüge zu bemerken, dass Verf. auf eine im somnianten Zustande beginnende Hyperämie der Hirnrinde schliesst, welche sich von dort aus zu den subcorticalen Centren ausbreitet. —

Eine Reihe interessanter Versuche über den halbseitigen Hypnotismus lieferte unter Anderen auch Resultate, welche geeignet sind die Anschauung von Grützner für die gekreuzte Wirkung der Hypnose zu bekräftigen. Obersteiner (Wien).

---

321) **Leontieff** (St. Petersburg): Un cas d'épilepsie causée par le taenia solium. (Taenia solium als Ursache der Epilepsie). (Le Progrès méd. Nro. 19. 1885).

Ein 21 jähriges Fräulein litt seit dem 12. Lebensjahre an ausgesprochenen epileptischen Anfällen, die drei bis vier mal im Jahre auftraten und eine halbe Stunde andauerten. Von ihrem 10. Jahre an hatte die Kranke in ihren Ausleerungen Glieder von Taenia solium bemerkt. Dr. L. leitete eine anthelmintische Behandlung ein und seit 2 Jahren ist Pat. von ihren Parasiten und damit auch gleichzeitig von ihren epileptischen Anfällen befreit. Rabow (Berlin).

---

322) **Bérenger-Féraud.** Nouvelles recherches sur le traitement du taenia. (Neue Untersuchungen über die Behandlung der Taenia.) (Bull. gén. de Thérap. 10e livraison. Mai 1885.)

In der bemerkenswerthen Arbeit, die durch ein grosses, nach Tausenden von Fällen zählendes Beobachtungsmaterial imponirt, werden

in erster Linie die verschiedenen zur Ausbreitung der Taenia dienenden Mittel eingehend erörtert und bei dieser Gelegenheit wird der Granatrinde oder vielmehr dem wirksamen Principe derselben dem Pelletierin, der erste Platz eingeräumt. Nebenbei geschieht auch der durch dass Vorhandensein von Bandwürmern hervorgerufenen Symptome Erwähnung, wobei Verf. zu dem Resumè kommt, das die Gegenwart der Taenie keine oder nur geringe Reactionserscheinungen veranlasse. Ihm sind jedoch drei Fälle bekannt, die wegen ihrer ungewöhnlichen Begleiterscheinungen allgemeines Interesse verdienen.

Der erste Fall betrifft einen seit seiner Kindheit nervösen Marineofficier, der von Cardialgie, Spasmen und Reizung zur Syncope von so heftiger Art befallen wurde, dass die Diagnose des behandelnden Arztes auf Angina pectoris gerechtfertigt erscheinen musste. Da die Anfälle sich aber sehr oft wiederholten, ohne dass der Tod eintrat, wurde die Diagnose zweifelhaft. Nach mehreren Monaten der schrecklichsten Leiden und nach Anwendung unzähliche Mittel entdeckte Pat. zufällig das Vorhandensein einer Tänie. Die Austreibung derselben wurde sofort ins Werk gesetzt. Nach der Beseitigung derselben waren auch sämmtliche nervöse Symptome verschwunden.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen alten Seemann, der daran gewöhnt war, sich Jahre lang auf den Meeren umherzutreiben, ohne grosse Sehnsucht nach Frau und Kinder zu empfinden. Derselbe wurde auf einer Reise, die nur drei Wochen dauern sollte, plötzlich von Heimweh befallen. Er weinte beständig, magerte ab und kam derart herunter, dass er nach seiner Heimath in ein Krankenhaus geschickt werden musste. Beim Anblick der Seinigen überfiel ihn ein förmlicher Anfall von bisher ungekannter Zärtlichkeit. Im Krankenhause entdeckte man beim Pat. einen Bandwurm. Derselbe wurde abgetrieben, aber nicht mit dem Kopfe. Schon am nächsten Tage betrachtete der alte Seebär die Dinge mit ganz anderen Augen. Er verlangte auf sein Schiff zurückzukehren. Frau und Kinder übten auf ihn keine besondere Anziehung mehr aus und er liebte sein Seemannsleben wie ehedem.—

Vier Monate versah Pat. seinen Dienst ohne der Seinigen viel zu gedenken, als von Neuen Bandwurmglieder abgingen. Mit demselben Moment stellten sich auch dieselben nervösen Symptome ein: Seufzer, Thränen, Heimweh, so dass er wieder ins Krankenhaus geschickt werden musste, wo er vor Frau und Kinder nicht ohne Thränen in den Augen sprechen konnte. Dieses Mal wurde der ganze Wurm abgetrieben und sofort schwand auch die Sehnsucht nach der Familie, so dass der Seemann wie in früheren Jahren, unbekümmert um die Seinigen in die Welt hinausziehen konnte.

Der dritte Fall hat einige Aehnlichkeit mit dem eben citirten. Er betrifft einen der hervorragendsten Marineofficiere, einen in jeder Beziehung ausgezeichneten Mann. Derselbe fühlte sich mit einem Male von Traurigkeit ergriffen; Mangel an Muth und alle möglichen Befürchtungen überfallen ihn. Der früher so tollkühne Mann wird klein-

müthig und ängstlich. Jeden Augenblick sieht er sein Schiff an irgend einem Felsen zerschellen. Er bricht zusammen unter der Last seiner Verantwortlichkeit als Commandant. Da wird nach vielen vergeblichen Kurversuchen die Gegenwart einer Tänie constatirt. Dieselbe wird abgetrieben und wie mit einem Zauberschlage sind alle die so peinlichen psychischen Erscheinungen beseitigt, die den Patienten mehrere Monate lang so sehr gequält und beunruhigt hatten.

Rabow (Berlin).

---

323) **G. H. Groeningen** (Berlin): Ueber den Shok.
(Wiesbaden, Bergmann 1885.)

Ein Literaturverzeichniss, welches von pag. 245 bis pag. 255 reicht und eine Zusammenziehung der wichtigsten Sätze, welche 9 Seiten füllt und 108 Nummern aufweist, kennzeichnen sowohl den Bienenfleiss des Verf.'s, mit welchem er alles Hierhergehörige zusammengetragen hat, als auch das Bestreben, aus diesem Wust von Meinungen und Thatsachen zu festen bestimmten „Schlusssätzen" zu gelangen. Trotzdem auf das minutiöseste alles durchforscht, besprochen und gesichtet ist, gelangt man dennoch nicht zu einer ganz einheitlichen Auffassung des Ganzen. Es ist auch bisheran zu viel in den Sammelkorb „Shok" gebracht worden und es thut Noth, hier gründlich aufzuräumen.

Es kann uns nicht in den Sinn kommen, einen Auszug aus dem verdienstvollen Werke wiedergeben zu wollen; jeder, der sich in Zukunft eingehender mit dieser Materie beschäftigen wird, muss vorher das Werk im Originale lesen. Und es liest sich recht angenehm. Nach einer kurzen *Einleitung* folgt eine äusführliche *geschichtliche* Auseinandersetzung, an welche sich die Schilderung des *Krankheitsbildes* anschliesst. Die verschiedenen *Theorien über das Wesen des Shoks* erhalten eine ausführliche Kritik.

Verf. erklärt ihn als eine durch heftige Insulte bewirkte Erschöpfung der Medulla oblongata und des Rückenmarks. *Die sog. erethische Form des Shok* ist nicht als besondere Shok-Species zu bezeichnen, ist vielmehr — soweit sie sich nicht etwa allein aus einem Blutverlust erklärt — entweder das Vorbereitungsstadium zu einem Shok oder das Reactionsstadium nach demselben. *Lokaler oder peripherer Shok* ist ein nicht seltener, in der Umgebung der Insult-Einwirkung nachweisbarer Ermüdungszustand der peripheren Nerven, unabhängig von organischen Läsionen. Die constantesten und wichtigsten *Symptome* des Shok kennzeichnen sich in schwacher und unregelmässiger Herzaktion, Abnahme des Blutdruckes, Sinken der Körpertemperatur, Herabsetzung der Motilität, Sensibilität, Reflexaktion und Schmerzempfindung, sowie in Abschwächung der Hirnfunktionen. Auf die *praedisponirenden Ursachen*, die *Differenzialdiagnose* wollen wir kurz hingewiesen haben. Die Gehirnerschütterung hält Verf. genetisch und ihrem Wesen nach für einen echten Shok des Gehirns.

Doch hält er klinisch beide Krankheitsbilder streng auseinander und subsummirt sie nicht einfach unter Shok. Ein *psychischer Shok* ist dem durch mechanische Momente bedingten an die Seite zu setzen und psychische Momente spielen auch bei letzterem eine einflussreiche Rolle. Eine breite Darstellung erfährt der Shok nach Verletzungen und Operationen, fast der dritte Theil des Buches befasst sich damit. Den Schluss bilden *forensisch* wichtige Gesichtspunkte, die *Prognose*, die *Prophylaxe* und die *Therapie*. Goldstein (Aachen).

---

324) **R. H. Pierson** (Pirna): Compendium der Electrotherapie.
(4. gänzlich umgearbeitete Auflage. Mit 25 Holzschnitten. Leipzig, Abel. klein 8°. pag. 270.)

Da die dritte Auflage pag. 272, Jahrg. V. (1882) schon eine Besprechung erfahren, so genügt es, kurz auf diese *vierte* hingewiesen zu haben. Die für ein derartiges Compendium immerhin schnell sich folgenden Auflagen sprechen mehr für seinen Werth, als langathmige Schilderungen seines Inhalts. Auch in dieser Auflage hat Verf. sich bemüht, in bündiger Kürze und grösstmöglicher Objectivität die zahlreichen Fortschritte auf diesem Gebiete zu verzeichnen. Aus Erb's bekanntem Handbuche sind die Figuren der motor. Punkte entlehnt, die der früheren Auflage fehlten. Die Anwendung der statischen Electricität erhält im Anhange eine sachgemässe Darstellung. Es ist so recht ein Büchlein für den praktischen Arzt.

Goldstein (Aachen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, Volontairarzt, 1050 Mark, freie Station. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und fr. Stat. 3) Alt-Scherbitz, Volontaiarzt, 1200 M., freie Station. 4) Sachsenberg (Schwerin), III. Hilfsarzt; sofort, 1200 M. und fr. Stat. Evangelische Confession nöthig. 5) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1. Juli, 1440 M. Anfangsgehalt und fr. Stat. Verpflichtung auf 2 Jahre. 6) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und freie Station. 7) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M. und freie Station. 8) Saargemünd, Assistenzarzt, 1000 M. und freie Stat. 9) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station.

Ernannt. Dr. Jensen, Director in Allenberg zum Director in Dalldorf.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Juli 1885. Nro. 14.

INHALT.

I. Originalien. A. Homén. Beitrag zur Lehre von den multiplen Neuritiden.

II. Referate und Kritiken. Högyes: Ueber die Detail-Einrichtung des centralen und centrifugalen Theiles des die Augenbewegungen associirenden Nervenmechanismus. Mickle: Rindenläsion. Grancher: Ueber Hirnsclerose. Duckworth: Ueber einen Fall von beginnender disseminirter Cerebro-spinal-Sclerose, die sich ausschliesslich in den Extremitäten der rechten Körperhälfte bemerkbar macht. Mickle: Spinal-Sclerose nach Hirnerkrankung. Caröe: Ein Fall von Poliomyelitis ant. acuta. Fisher: Hirntumor Moos: Zur Genese der Gehörsstörungen bei Gehirntumoren. Berwald: Ein Fall von Ataxie nach Diphtherie. Remak: Ueber das Verhältniss der Sehnenphänomene zur Entartungsreaction. Coester: Zum Capitel über Arbeitsparesen. Kothe: Zur Lehre von den Kehlkopflähmungen. Catlett: Ueber Ohrengeräusche. Macphail: Fall von Morb. Addison mit Geisteskrankheit. Mitchell: Vorlesungen über Krankheiten des Nervensystems. Echeverria: Ueber die Gewaltthätigkeit Epileptischer. Dulácska: Capsicum annuum als Heilmittel bei Delirium tremens. Savage: Einige Beziehungen zwischen Del. trem. und Geisteskrankheit. Wiglesworth: Ueber Uterinleiden und Geisteskrankheit. Watteville: Practische Bemerkungen über die Anwendung der Electricität bei Psychosen. Wiglesworth: Klinische Fälle. Benham: Bruch von sieben Rippen. Macphail: Klin. Beobachtungen über das Blut von Geisteskranken. Tuke: Ueber Alcoholgebrauch in Irrenanstalten, besonders als Getränk. Norman: Geisteskrankheit alternirend mit Asthma spasm. Moore; Die Nothwendigkeit, dass alle Medicin Studirenden psychiatrische Vorträge hören und clinischen Unterricht erhalten.

III. Aus den Vereinen. I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. II. Ungarische Academie der Wissenschaften. III. Aerztl. Verein zu Stuttgart.

IV. Tagesgeschichte. Aus Belgien.

V. Personalien.

I. Originalien.

Beitrag zur Lehre von den multiplen Neuritiden.

Von E. A. HOMÉN,

Docent an der Universität zu Helsingfors.

Da unsere Kenntniss von den multiplen Neuritiden noch in vielen Punkten der Vervollständigung bedarf, so dürfte jeder beobachtete Fall zur Beleuchtung der Frage beitragen. Ich erlaube mir daher folgenden in der Nervenabtheilung der Universitätsklinik zu Helsingfors behandelten Fall zu veröffentlichen, der kaum als etwas Anderes

als eine multiple Neuritis, wenn auch etwas von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde abweichend, gedeutet werden kann, und bei dem sich eine von den bislang in dergleichen Fällen angewandten electrotherapeutischen Methoden abweichende Behandlung, nämlich mittels des faradischen Pinsels, von besonders günstiger Wirkung zeigte.

Johann Jakob Leppänen, 21 Jahre alt, Fabrikarbeiter von Mäntha (Finnland). Der Vater, der von guter Gesundheit gewesen sein soll, ist im Alter von 33 Jahren eines gewaltsamen Todes gestorben (ertrunken). Die Mutter starb, wie Pat. glaubt an irgend einem Lungenleiden; ihre Beine sollen in der letzten Zeit ihres Lebens steif oder schwer gewesen sein. Vier Stiefgeschwister aus einer späteren Ehe des Vaters, sind alle gesund. Schon von Kindheit an hat Pat. bisweilen Doppelbilder gehabt, oft täglich; dieses hat sich jedoch allmählich gebessert, so dass sie in letzter Zeit äusserst selten auftraten. Vor vier Jahren begann Pat., welcher damals mit Schmiedearbeit in der Fabrik beschäftigt war, ohne nachweisbare Ursache einen gleichmässigen dumpfen Schmerz und Steifheit in der Gegend beider Schulterblätter, sowie in den Armen und Händen zu empfinden, auf der linken Seite stärker hervortretend, und bei Bewegung sich steigernd; oft auch ein Gefühl von Vertaubung und Kälte; die Hände, mitunter auch die Füsse, sollen dann am Abend, besonders nach vorangegangener Arbeit, bisweilen geschwollen gewesen sein, doch verging die Anschwellung während der Nacht. Zugleich hat Pat. sich angeblich während einiger Monate im Allgemeinen matt gefühlt, bisweilen Frostanfälle und oft Schweisse, bisweilen auch etwas Kopfschmerzen gehabt.

Pat. war daher gezwungen seinen früheren Beruf aufzugeben und sich nur unbedeutend mit leichter Arbeit zu beschäftigen. Die Schmerzen in den Schulterblätter und Armen haben seitdem ungefähr in derselben Weise angehalten, die Kraft der Arme soll etwas abgenommen haben. Vor ungefähr $1^1/_2$—2 Jahren soll ein gleicher Schmerz und oft ein Gefühl von Vertaubung und Kälte sich allmählich in den Beinen, eigentlich jedoch nur in den Unterschenkeln eingestellt haben, der besonders nach Bewegung unerträglich wurde und dann bis ins Kreuzbein hinauf als schneidender und reissender Schmerz empfunden worden war. Der Gang war in Folge dessen sehr erschwert gewesen; nach Bewegung sollen die Füsse bisweilen geschwollen gewesen sein; die Beine sind auch allmählich schwächer und unsicherer geworden. Mitunter, besonders bei heftigerer Bewegung hat Pat. Schwindel gefühlt. Im Uebrigen sind keine Störungen vorgekommen, weder Blasen- noch Defaecationsstörungen etc. Seit $^1/_2$ Jahre ist Pat. gezwungen gewesen jede Arbeit aufzugeben.

Pat. wurde den 24. Januar 1885 in die Nervenabtheilung der hiesigen Universitätsklinik aufgenommen.

Status praesens am 31. Januar 1885. Pat. hat ein gesundes Aussehen; die Intelligenz scheint vollkommen normal. Bisweilen, besonders bei hastiger Veränderung der Körperlage, leichter Schwindel; höchst selten und dann nur für einen Augenblick sieht Pat. Doppelbilder.

Keine „reflectorische Pupillenstarre.“ Kein Schwanken bei Schliessen der Augen. Leichte Druckempfindlichkeit fast auf allen Rückenwirbeln mit Ausnahme der unteren Cervicalwirbeln. Ebenso starke Druckempfindlichkeit an allen Stellen, wo Nerven mehr oder weniger oberflächlich unter der Haut liegen, so z. B. beiderseits oberhalb der Clavicula auf dem Plexus brachialis, an der inneren Seite des oberen Theiles der Oberarme längs den Nervenbahnen daselbst, hinter dem Condylus internus humeri auf dem Nerv. ulnaris, auf den Nerv. medianus et ulnaris vom Handgelenk bis zum Ellenbogen, auf dem Nerv. radialis an seiner Umschlagstelle am Oberarm, hinter dem Capitulum fibulae über dem Nerv. peroneus. Diese Empfindlichkeit ist deutlich auf der ganzen linken Seite mehr hervortretend. Auf dieser Seite erscheint auch der N. ulnaris hinter dem Condylus int. humeri zugleich etwas geschwollen. Bei Prüfung der verschiedenen Sensibilitätsqualitäten ergiebt sich eine Herabsetzung an allen Extremitäten besonders ist die Schmerzempfindung an den Unterschenkeln stark herabgesetzt, denn man kann mit einer Nadel so tief man will hineinstechen, ohne dass Pat. sonderlichen Schmerz empfindet. Auch die faradocutane Sensibilität[1]) ist herabgesetzt; während ich z. B. den Strom, nachdem er zuerst durch den Körper des Pat. gegangen, bei einer Stellung der Inductionsrolle auf 2 Ctm., deutlich als ein Gefühl von Prickeln empfinde, fühlt Pat. denselben, während die Electroden direct auf ihn applicirt sind (also trotzdem der Leitungswiderstand so etwas vermindert ist), an der entsprechenden Stelle der inneren Seite des Unterarms sowie am Oberarme erst bei 4 Ctm., auf der äusseren Seite des Unterarmes bei 5 Ctm., bei dieser Stellung der Inductionsrollen ist der Strom für mich beinahe unerträglich. Am Unterschenkel muss die Rolle bei $6^1/_2$—8 Ctm. stehen, damit der Strom empfunden werden soll. Höchst auffallend ist der scharfe Unterschied gerade oberhalb und unterhalb des Kniees; an der erstgenannten Stelle ist die Sensibilität fast wie am Arme. Am Unterschenkel selbst nimmt die Sensibilität deutlich, wenngleich allmählich ab, je weiter man nach unten kommt, ist aber auf der äusseren und inneren Seite auf der entsprechenden Höhe ungefähr gleich. Im Allgemeinen scheint es, als ob die faradocutane Sensibilität auf der rechten Seite etwas besser wäre (oben angeführte Ziffernangaben sind nach Prüfung der linken Seite gemacht). Oft hat Pat. ein Gefühl von Taubsein und Kälte in den oberen und unteren Extremitäten. Bei Druck zeigen sich einzelne Muskeln etwas empfindlich auch scheint sich hier und da Hauthype-

---

[1]) Geprüft mittelst Erb's zu diesem Zwecke eingerichteter, von Hirschmann in Berlin verfertigter Electrode, welche an den negativen Pol eines Dubois-Reymond'schen Schlittenapparates mit 2 Léclanché-Elementen befestigt ist. Die Scala an demselben ist in Centimeter eingetheilt derart, dass das äussere Ende der beweglichen Rolle, wenn die Inductionsrollen ganz und gar über einander stehen, bei $9^1/_2$ Ctm. steht. Die Eintheilung ist so gemacht, dass die Graduirung der Scala fällt, je weiter die Rollen von einander entfernt werden, bis man auf Null kommt, worauf sie wieder zu steigen beginnt.

rästhesie gegen Druck zu finden. Die Hautreflexe scheinen vermindert, der Cremasterreflex jedoch vorhanden, ebenso die Patellarreflexe, wenngleich bedeutend herabgesetzt. Die Muskulatur an den Extremitäten nicht deutlich atrophisch, wohl aber sehr schlaff, besonders an den Unterarmen, den Waden und dem Muscul. biceps. Bei einer Stärke von 2—3 Milliampère[1]) können bei Schliessung des Stromes von den zugänglichen Nerven aus an den Extremitäten Muskelzuckungen hervorgerufen werden (der Nervus radialis, speciell auf der linken Seite, erfordert etwas grössere Stärke), aber für directe Reizung der Muskeln an den genannten Stellen, sowie am Oberschenkel ist eine grössere Stärke von 3—5 Milliampère erforderlich. Die Zuckungen hatten einen etwas trägen Charakter. Die Erregbarkeit scheint relativ mehr für den negativen als für den positiven Pol herabgesetzt, so dass Ka SZ kaum An SZ überwiegt. An der Muskulatur der Hand (speciell abductor digiti minimi, thenar pollicis) überwiegt Ka SZ deutlicher An SZ. Auch die faradische Erregbarkeit ist etwas herabgesetzt.

Der Gang ist etwas unsicher und schwankend oder schonend, wie es scheint in Folge der damit verbundenen Schmerzen, Händedruck deutlich herabgesetzt. Von den inneren Organen nichts Bemerkenswerthes, nur der Puls hat ungefähr 100 Schläge.

2. Februar. Es werden 3 Blutegel auf den N. ulnaris der linken Seite vom Ellenbogen aufwärts in einer Entfernung von 2—3 Ctm. applicirt; starke Nachblutung.

6. Februar. Pat. giebt bestimmt an, dass er Linderung der Schmerzen in der Ulnargegend fühlt, scheint auch weniger druckempfindlich daselbst.

7. Februar. Es werden lauwarme Bäder, 35°, von 15—30 Min. Dauer jeden anderen Tag verordnet; ausserdem täglich der faradische Pinsel, so stark als Pat. ihn irgend ertragen kann, in der linken Schulterblattgegend, dem Arme und Beine.

20. Februar. Pat. giebt an, dass er jedesmal im Bade unmittelbare Linderung der Schmerzen empfindet. Der sonstige Zustand ist in sofern gebessert, als er jetzt speciell die linke Achsel und den Arm, das Bein und den Fuss, besonders die ersteren deutlich weniger schmerzhaft, leichter und gleichsam stärker und fester fühlt, auch sind die Nervenpunkte daselbst bedeutend weniger druckempfindlich.

1. März. Alle Schmerzen im linken Arme verschwunden, den Pat. als hergestellt angiebt, auch die Kraft ist besser. In der linken Achsel und Schulter, auch im Beine noch geringe Empfindlichkeit und Steifheit bei Bewegung. Der Gang scheint auch etwas besser. Die faradische Pinselung des linken Armes wird eingestellt an den übrigen Stellen aber fortgesetzt.

25. März. Keine Anschwellung des N. ulnaris mehr zu bemerken. Keine Druckempfindlichkeit an den Nervenpunkten des linken Armes,

---

[1]) Die Bestimmung ist mittels Hirschmann's absoluten verticalen Galvanometer gemacht.

auch über der Clavicula, dagegen noch deutlich auf der rechten Seite jedoch auch dort etwas vermindert; ebenso hat der Schmerz auch im rechten Arme stark abgenommen, wird vornehmlich bei Bewegung gespürt; dagegen noch beständig etwas dumpfer Schmerz in der rechten Achsel und Schulterblatt, höchst unbedeutend auch ab und zu noch in der linken Schulterblattgegend. Das Gefühl von Kälte und Vertaubung, welches in der letzten Zeit noch bisweilen etwas im linken Arme gespürt wurde, ist verschwunden und im linken Beine bedeutend sowie auch auf der rechten Seite etwas vermindert. Die Empfindlichkeit an den Nervenpunkten des linken Beines stark vermindert, etwas auch rechts. Bei Ruhe keine Schmerzen im Beine, beim Gehen unbedeutender Schmerz im linken Unterschenkel, bedeutend stärker im rechten Unterschenkel; das rechte Bein wird noch leichter müde und giebt beim Gehen ein Gefühl von Steifheit, das linke bedeutend weniger. Die Sensibilität scheint etwas gebessert, besonders die faradocutane; die Schmerzempfindung ist jedoch am Unterschenkel noch bedeutend herabgesetzt. Die Muskeln, besonders auf der linken Seite, scheinen auf schwächere Ströme zu reagiren als vorher. Die Patellarreflexe scheinen ebenso, speciell auf der linken Seite, besser. Der Puls 70—90 Schläge.

27. März. Es wurde mit faradischer Pinselung nur der rechten Seite begonnen.

4. April. Der Zustand hat sich schon deutlich gebessert, auch bei leichteren Bewegungen wird kein Schmerz mehr auf der rechten Seite empfunden, ebenso ist Druck auf die früheren Schmerzpunkte fast schmerzlos.

23. April. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich merklich gebessert; die Empfindlichkeit an den Rückenwirbeln ist fast verschwunden. Der Zustand hat sich im Allgemeinen fortschreitend so gebessert, dass Pat. sich vollkommen gesund und arbeitsfähig fühlt und unmöglich im Krankenhause zurückzuhalten ist, trotzdem ihm das Gefährliche des zu frühen Austrittes vorgestellt wurde. Die Schmerzempfindung ist am Unterschenkel noch deutlich herabgesetzt. Dagegen scheinen die übrigen Sensibilitätsqualitäten ziemlich normal. So fühlt Pat. den faradischen Strom mittels Erb's Electrode an den Armen und Oberschenkeln schon bei einer Stellung der Inductionsrolle auf 2 Ctm. (gegen 4—5 Ctm. bei der Aufnahme ins Krankenhaus); im oberen Theile des rechten Unterschenkels bei 2,5 Ctm. und im unteren Theile bei ungefähr 3 Ctm.; an den entsprechenden Stellen des linken Unterschenkels bei resp. nahezu 3 und etwas über 3 Ctm. (gegen $6^1/_2-8$ Ctm. früher); an den Fusssohlen bei circa 4 Ctm. Die Muskulatur scheint auch etwas fester, wie auch der Händedruck kräftiger. Der Gang ist ungestört. Die Nn. ulnaris, rad., med., peroneus et tib. geben Zuckung bei einer Stromstärke von 1—2 Milliampère; ebenso werden die Armmuskeln bei directer Reizung mittels eines Stromes von 1—3 Milliampère zur Contraction gebracht. Ka SZ ist deutlich grösser als An SZ; die Handmuskeln verhalten sich ungefähr wie vorher. Die Muskeln des Unterschenkels reagiren erst bei einem

Strome von 3—4 Milliampère. An SZ fast ebenso gross wie Ka SZ. Puls ungefähr 80 Schläge.

Auf dringendes Begehren wird Pat. entlassen.

Bei Prüfung unserer Krankengeschichte findet man gleich, dass hier keine Rückenmarksaffection vorliegen kann; von den Poliomyelitiden, mit denen die in Rede stehenden Krankheitsformen am häufigsten verwechselt werden, unterscheidet sie sich schon durch die stark hervortretenden sensiblen Störungen, abgesehen davon, dass die motorischen Störungen und auch die electrischen Phänomene bei diesem Rückenmarksleiden weit stärker hervortretend sind; so dürfte man unmöglich bei einer anderen Diagnose stehen bleiben als einer multiplen Neuritis, welche subacut, gewissermassen mit zwei getrennten Attaquen begonnen und sich dann ziemlich stabil gehalten hatte; doch finden sich hier gewisse Abweichungen vom gewöhnlichen Verlaufe, so z. B. dass der Prozess zuerst in den oberen Extremitäten und der Schultergegend begonnen und an letztgenannter Stelle am meisten hervortretend war, auch dass die motorischen Störungen verhältnissmässig unbedeutend sind. Dagegen sind die sensiblen Störungen recht stark hervortretend; besonders hervorgehoben zu werden verdient die eigenthümliche zur Peripherie hin zunehmende Herabsetzung der faradocutanen Sensibilität des Beines und speciell der scharfe Unterschied gerade oberhalb und unterhalb des Knies, auch die in hohem Grade herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit am Unterschenkel. Die Doppelbilder, die bei flüchtiger Befragung irre leiten konnten, beruhen ganz offenbar auf einer angeborenen Insufficienz der betreffenden Augenmuskeln. Von den Symptomen einer multiplen Neuritis, die sich hier fanden, ist noch das zeitweilige Schwellen der Hände und Füsse hervorzuheben, wahrscheinlich in Folge von vasomotorischen Störungen, auch der schnelle, auf eine Vagusaffection deutende Puls.

Am Besten bekräftigt wird die Diagnose jedoch durch die auffallend schnelle Genesung; denn bei einem centralen Nervenleiden, dürfte nicht entfernt eine so schnelle Rückkehr der Gesundheit in Frage kommen. Interessant ist in diesem Falle die Wirkung des faradischen Pinsels, den ich in der mir zugänglichen Literatur nicht bei multiplen Neuritiden angewandt gefunden habe. Angeregt durch die Resultate, welche ich in einigen etwas älteren Fällen von traumatischer Neuritis mit hervortretenden sensiblen Störungen gesehen hatte, und auch aus theoretischen Gründen, beschloss ich nämlich hier den faradischen Pinsel zu versuchen. Um besser den Effect verfolgen zu können wurde der Pinsel anfangs nur auf der linken, der meist angegriffenen Seite applicirt. Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, muss das Resultat fast ein glänzendes genannt werden, da in verhältnissmässig kurzer Zeit die linke Seite fast hergestellt wurde, während die Störungen, wenn auch vermindert auf der rechten Seite noch anhielten, doch auch bald, als der Pinsel auf diese Seite applicirt wurde, nachliessen.

Was die Aetiologie dieses Falles betrifft, so konnte, wie in der

Krankengeschichte hervorgehoben, weder Erkältung noch irgend eine vorhergegangene Infectionskrankheit, noch Alcoholismus, noch irgend ein anderes praedisponirendes Moment nachgewiesen werden.

II. Referate und Kritiken.

325) **Andreás Högyes** (Budapest): Ueber die Detail-Einrichtung des centralen und centrifugalen Theiles des die Augenbewegungen associirenden Nervenmechanismus. (Orvosi Hetilap 1884. Nro. 47.)

Verf. stellt folgende allgemeine Sätze auf, die gleichsam als empirische Gesetze der unwillkührlichen bilateralen Synergie der Augenmuskeln betrachtet werden können:

1. Jeder Augenmuskel hat eine zweifache bilaterale Association. Die eine Art ist die synergische Action mit dem aequiparirenden Muskeln der anderen Seite; die andere, wo ein Augenmuskel mit dem Antagonisten des aequiparirenden Muskels der anderen Seite sich associirt. Verf. betrachtet dies als das *Gesetz der aequiparirenden und diametralen einpaarigen Associationen.* Jene entstehen bei Drehung des Kopfes in der medianen Ebene des Körpers nach vorn oder hinten; diese bei Rotation des Kopfes in horizontaler oder frontaler Ebene nach rechts oder links.

2. Beide Associationen treten theils einfach, theils sich summirend in die Erscheinung, woraus das *Gesetz der einfachen* (einpaarigen) *oder der sich summirenden* (aus mehrfachen einpaarigen zusammengesetzten) *bilateralen Associationen* sich deduciren lässt.

3. Bei den unwillkührlichen bilateralen Augenbewegungen gelangen die Antagonisten desselben Auges nie in Synergie. Dies ist das Gesetz der *incompasibeln Association.*

Unter normalen Verhältnissen stehen beide Augen sowohl in Beziehung zu einander als auch gesondert im labilen Zustande. Ein Auge für sich desshalb, weil seine Antagonisten — nach früheren Experimenten des Verf. — aus zwei verschiedenen Labyrinthen ihre Reflexreize erhalten. Die beiden gleichzeitig dadurch, dass die contralateralen Antagonisten durch einen Acusticus mit Reflexrreizen versorgt werden. Das bilaterale labile Gleichgewicht beruht hinwieder darauf, dass sämmtliche 12 Augenmuskeln zur selben Zeit von den beiden Acusticis ihre Reflexreize empfangen.

Diese gleichmässigen Reflex-Innervationen erleiden nur eine Veränderung je nach den Bewegungen des Kopfes und der Augen. Bei aequiparirenden Augenbewegungs-Associationen strömen die Acusticus-Reflexe aus aequiparirenden Acusticusnervenendigungen; bei den diametralen Associationen überwiegt aber der Reflexreiz des einen Acusticus den des anderen.

Durch die bilaterale Synergie entstehen eigenartige bilaterale Augenbewegungen und Stellungen die H. tabellarisch nachweist, und diese vermitteln die eigenartige Einstellung der Retina-Mitte, wodurch *die auf die Retina reflectirten Bilder der Aussenwelt bei den Lageveränderungen des Körpers möglichst an denselben Stellen der Retina fixirt werden,* in Folge dessen das Deutlichsehen beim Gehen nicht beeinträchtigt wird.

Bezüglich der partiellen Einrichtung des die Augenbewegungen associirenden Centrum's geht aus früheren Untersuchungen des Verf. hervor, dass dieses Centrum im verlängerten Mark und Mittelhirn liegt, und zwar an jenen Stellen, die zwischen der Prominenz der Acusticus- und Oculomotoriuskerne liegen.

Die Augen stehen unter einer zweifachen Innervation und zwar einer direct motorischen und einer associirenden Reflexinnervation.

Wird ein Acusticus durchschnitten, entsteht ein eigenthümlicher Strabismus beider Augen, der aber sistirt, wenn auch der andere Hörnerv durchschnitten wird; dann kehren wieder beide Augen in ihre bilaterale primäre Lage zurück, die sich aber von jetzt ab durch Lageveränderungen des Kopfes nicht ändert, so lange man die einzelnen motorischen Nerven des Auges nicht reizt oder lähmt.

Die Durchschneidung beider Acustici — von denen der Nervenreiz zu den Augenmuskeln hinströmt — und die totale oder partielle Zerstörung des Associations-Centrums trennt die Verbindungs-Bahnen — welche der Verf. einzeln erörtert — und durch diese Störung bei gewissen Krankheiten der acustischen Nervenbahnen und der Associations-Centra entstehen auch in den associirten Augenbewegungen Störungen, die erst in der jüngsten Zeit wahrgenommen werden.

Die genauere Ermittelung der Einrichtung des die Augenbewegungen associirenden Centrums wird in naher Zukunft auch die Erkrankungen dieser Nervengebiete deutlicher beleuchten.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

326) **Jul. Mickle** (London): Cerebral localisation. Brachial monoplegia from cortical lesion. (Rindenläsion.) (The journ. of ment. science April. 1885.)

Bei einem früher syphilitischen Geisteskranken trat plötzliche Lähmung der rechten oberen Extremität ohne sonstige allgemeinen Erscheinungen auf, in den nächsten Tagen folgten Parese des rechten Beines, Unregelmässigkeit der Respiration, linksseitige Ptosis, Hüpfen der Finger rechts und epileptiforme Anfälle, die ausschlieslich die rechte Körperhälfte betrafen. Tod am dritten Tage. Ausser einer dünnen Hämatomschicht an der oberen Dura fand sich eine scharf begrenzte, frische rothe Erweichung im oberen Theil (etwa 1 Zoll) der linken vorderen Centralwindung und der angrenzenden Theile der I. und II. Frontalwindung. Die Grenzen der Erweichung bildete punktförmige Injection, stellenweisse genau die weisse Substanz.

Matusch (Sachsenberg).

---

327) **Grancher** (Paris): De la sclérose cérébrale. — (Ueber Hirnsclerose.) (Gaz. des Hôp. 1885 Nro. 64.) Klin. Vortrag.

Auf Grund von 12 anderweitig mitgetheilten, von mehreren von G. selbst beobachteten Fällen, sowie eines von diesem durch die Autopsie bestätigten betrachtet er die ihren Ursachen nach noch vollständig unbekannte Sclerose einer Hirnhemisphäre als Morbus sui generis, die, bei erhaltener Sensibilität und intacter electrischer Muskelerregbarkeit, Hemiplegie, Contracturen der Gelenke und eine mehr oder minder abgeschwächte Intelligenz immer und zuweilen ausserdem Epilepsie, Convulsionen oder psychische Störungen kennzeichnen.

Bei der Stellung der Diagnose dieser Bindegewebs- (Neuroglia)-Entartung, die in ihren Aeusserungen einer Hämorrhagie des Gehirns, Erweichung oder einer Läsion desselben in hohem Grade gleicht, bieten das Alter des Kranken, dessen intellectueller Zustand, die Abwesenheit eines vitium cordis eine um so sicherere Handhabe, wenn Convulsionen oder häufige epileptische Anfälle, die wahrscheinlich mit der Zeit zu der fraglichen Degeneration führen, vorausgegangen sind. Schwieriger, ja fast unmöglich ist die Unterscheidung derselben von cerebralen Tumoren und Hämorrhagien der Meningen.

Wie Piorry berichtet, erlag ein an congenitaler Atrophie der Gliedmassen leidender und mit geringen geistigen Fähigkeiten begabter Mann erst im 29. Lebensjahre diesem Leiden des Gehirns, dessen eine Hemisphäre man bei der Section auf nichts reducirt (reduit à rien) fand, und dessen Corpus callosum und striatum sich derart sclerosirt erwies, dass beim Einschnitt das Scalpel knirschte, ein Beweis dafür, dass unter diesen Umständen das Leben eine relativ lange Dauer haben kann. Pauli (Köln).

---

328) **Dyce Duckworth** (London): On a case of disseminated cerebro-spinal sclerosis in an early stage, affecting exclusively the right extremities. (Ueber einen Fall von beginnender disseminirter Cerebro-spinal-Sclerose, die sich ausschliesslich in den Extremitäten der rechten Körperhälfte bemerkbar macht.) (The Lancet. 1885, 16. Mai.) Klin. Vortrag.

Es ist hauptsächlich die therapeutische Seite dieses Falles, welche ein gewisses Interesse beansprucht. Nachdem vorausgeschickt, dass wir einem solchen ganz rathlos gegenüber stehen, soll doch unser Streben darauf gerichtet sein, Mittel ausfindig zu machen, welche den sclerotischen Prozess in seinem Verlaufe aufzuhalten vermögen.

In diesem Sinne verspricht sich Verf., ohne den grossen Werth des Argentum nitricum hier zu verkennen, von einer Quecksilbercur in der Form der bekannten Blue pills, 3 Gran jede Nacht, sowie vom Jodkalium einen guten Erfolg. Aber nicht um Syphilis zu tilgen, da diese nicht vorhanden ist, sondern um die Ernährungsverhältnisse umzustimmen, da es ja möglich wäre, dass diese Infectionskrankheit bei den Vorfahren, wie sie dies in 80 und selbst mehr von 100 Fällen thut, den sclerotischen Prozess bedingt und die Anlage hierzu sich auf die Erben fortgepflanzt hätte. Pauli (Köln).

---

329) **Jul. Mickle:** Spinal sclerosis of degeneration following Brain-Lesions. (Spinal-Sklerose nach Hirnerkrankung.) (The journ. of ment. scien. April 1885.)

Von der progressiven Paralyse sieht M. ab, bemerkt aber dass „einige der erwähnten Fälle den Uebergang zu den spinalen Veränderungen im Verlaufe der Dem. par. bilden.“ Auf die Einzelheiten der Fälle, namentlich auf den Sitz der bisweilen sehr zahlreichen Erweichungsherde kann nicht weiter eingegangen werden, die Arbeit selbst beschränkt sich auf die Hervorhebung des Wichtigsten.

Matusch (Sachsenberg).

---

330) **K. Caröe** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af Poliomyelitis anterior acuta. (Ein Fall von Poliomyelitis ant. acuta.) (Hosp. Tid. 1885. Nro. 13.)

Verf., der bereits früher einen Fall von „atrophischer Lähmung bei einer Erwachsenen“ (s. Referat d. Centralbl. 1882. p. 450) bekannt gegeben, theilt hier einen weiteren Fall, ebenfalls aus der Abtheilung von Prof. Reisz mit.

Bei einem bis dahin gesunden Schuhmachergesellen tritt nach vorausgegangenen mehrtägigen Fiebererscheinungen Stechen und Saugern und darauf allmählig zunehmende Lähmung beider Arme auf. Die Lähmung schreitet auf den Rumpf und die Beine, besonders das linke weiter. Reflexbewegungen und Patellarreflexe vollständig aufgehoben. Gefühl stets intakt, keine Paralyse der Sphinkteren. Schliesslich auch etwas Schwierigkeit der Sprache, während die Athmung ungehindert bleibt. Bei passiver Aufrichtung fällt der Kopf zur Seite, und werden dabei Klagen über Schmerzen im Nacken geäussert, welche sich dann auch mehrere Male spontan einfanden und so heftig in den rechten Arm ausstrahlten, dass Morphiumeinspritzungen benöthigt wurden. Nach einigen Wochen verlor sich das Fieber, dagegen entwickelte sich eine kleine oberflächliche, bald heilende Decubituswunde auf dem Os sacrum sowie ein symmetrischer Herpes Zoster, der sich vom Perineum nach vorn über den oberen inneren Abschnitt beider Schenkel und nach oben auf das Scrotum erstreckte. Eine leichte Cystitis verlor sich nach wenigen Tagen bei Ausspülungen. Ab und an noch Parästhesieen, „als ob Jemand ihm an den Beinen oder an den Fingerspitzen stiess und zog, als ob die Finger zusammengedrückt würden, als ob er Etwas in der Hand hätte, oder als ob die Arme über Kreuz gelegt würden“, aber niemals Prickeln, Stechen, Saugern oder Ameisenlaufen.

Während sehr langsam und allmählig, besonders in den rechtsseitigen Extremitäten, die Beweglichkeit bis zu einem gewissen Grade zurückkehrte, wurde nun auch eine stetig fortschreitende Atrophie, und zwar vorwiegend linksseitig constatirt.

Einige Monate darauf stellten sich Contracturen der Finger der rechten Hand, sowie beider Ellenbogengelenke und später auch der übrigen Gelenke der Oberextremitäten ein. Der rechte Arm wurde in leichter Beugung in Ellenbogen- und Handgelenk, und 2. bis 5. Finger gebeugt gehalten. Der linke Arm lag in Strekung. Alle Bewe-

gungen aus diesen Stellungen heraus waren sehr beschränkt, schmerzhaft und von starkem Knacken und Scheuern in den Gelenken begleitet; Letzteres auch bei Bewegungen in den Schultergelenken, sowie bei Supinations- und Pronationsbewegungen. Keine Schwellung der Gelenke. An den Beinen nur Contractur des rechten Fusses, der eine Neigung zur Varo-equinusstellung zeigte. Beim Aufsitzen Muskelspannungen an der Rückfläche der Schenkel.

Bereits in einem früheren Stadium der Krankheit zeigte sich in einzelnen Theilen — auf Handflächen, Rückseite der Finger, Ulnarrand der Hände, auf der Brust über Os sternum, auf der Streckseite der Beine, besonders dicht über den Knieen, in geringem Grade auf Fusssohlen sowie auf der Kopfhaut und Scrotum etwas Verdickung und Abschilferung der Haut.

Die electrischen Untersuchungen ergaben normale electrocutane Sensibilität, Aufhebung der farodo-musculären Contractilität an den Armen, bedeutende Herabsetzung an den Beugemuskeln der Beine; der constante Strom ergab theilweises Ueberwiegen der Oeffnungszuckungen.

17 Monate nach Beginn der Erkrankung verliess Pat. das Hospital, nachdem in den letzten Monaten nur noch ein sehr geringer Fortschritt in der sehr unvollständigen Wiederherstellung der Motilität bemerkbar gewesen.

(Die Frage, ob es sich in diesem Falle wirklich nur um eine Poliomyelitis handeln könne, d. h. die differentielle Diagnose gegenüber einer multipeln degenerativen Neuritis, wird von C. nicht erörtert; für ihn ist die überschriftlich ausgesprochene Diagnose zweifellos. Die heftigen Nacken- und Armschmerzen sowie der Herpes Zoster sprechen doch mindestens nicht gegen eine Affection peripherer Nerven, ebenso wenig auch die geschilderte Affection der Gelenke. Ob Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Muskeln bestanden oder gefehlt habe, darüber ist Nichts erwähnt. Ref.) Dehn (Hamburg).

---

331) **Th. W. Fisher** (Boston): A case of tumor of the brain. (Hirntumor.) (Americ. journ. of insanity, Januar 1885.)

Der rundliche Tumor (Sarcom) von 30 Mm. Durchmesser, sass in der Gegend der Vierhügel und der Zirbeldrüse, die vorderen waren in die Tumormasse aufgegangen, von den hinteren war noch eine Schicht von 2 Mm. am hinteren Umfange der Geschwulst aufzufinden. Die Symptome waren seit einem Jahre in folgender Reihenfolge aufgetreten: Linksseitige Hemicranie, Erbrechen, Diplopie, leichte linksseitige Ptosis, dumpfer Kopfschmerz im Hinterhaupt, Accommodationskrämpfe und Unfähigkeit nach oben zu blicken, spärliche choreatische Bewegungen der rechten Hand, Strabismus von wechselndem Character und Nystagmus, Dementia und Hallucinationen des Gehörs, Neigung nach links zu fallen, Taubheit, Sehnervenatrophie und Stauungspapille, Schluckbeschwerden, Taumeligkeit, Bewusstlosigkeit, erhöhter Patellarreflex rechts, herabgesetzter links, Fussclonus. Zu erwähnen ist noch, dass im 5. Jahre epileptische Anfälle bestanden hatten. Matusch (Sachsenberg).

---

332) **Moos** (Heidelberg): Zur Genese der Gehörsstörungen bei Gehirntumoren. Diagnostischer Werth von Stimmgabelversuchen.
(Berl. kl. Wochsch. 1884. Nro. 45 u. 46.)

Der Verf. legt dar, dass der prognostische Werth der Gehörsstörungen bei Gehirntumoren, Zunahme u. Abnahme der Schwerhörigkeiten etc. ein sehr zweifelhafter sei. Trotz ständigem Wachsthums des Tumors schwanke häufig das Hörvermögen. Einmal seien Affectionen des Acusticus (Druck durch Tumor) häufig mit peripherischen Erkrankungen des Gehörorgans complicirt. Bei eventueller topischer Diagnostik einer Geschwulst sei zu bedenken, dass die Hörstörung eine gekreuzte sein könne. — Schliesslich wird folgende Complication erwähnt: Es kann bei Zerrung der sensiblen Wurzel des Trigeminus durch einen Hirntumor reflectorisch ein Krampf des Tensor tympani entstehen und dadurch die Hörschärfe verändert werden. Bezüglich der mitgetheilten Krankheitsgeschichten muss auf das Orginal verwiesen werden.

Langreuter (Eichberg).

---

333) **Berwald** (Schwerin): Ein Fall von Ataxie nach Diphtherie.
(Berl. kl. Wochsch. 1884. Nro. 50.)

Bei einem 32 jährigen Manne traten 5 Wochen nach dem Beginn einer diphtheritischen Erkrankung Tabes-artige Symptome auf: ziehende Schmerzen in Armen und Beinen, leicht und früh auftretende Ermüdung beim Gehen, zuletzt ausgesprochene Ataxie in oberen und untern Extremitäten, Schleudern der Beine, Störungen beim Schreiben und schliesslich den einfachsten coordinirten Bewegungen. Der Patellarsehnenreflex war erloschen. Verf. nahm als Grundlage des Leidens eine krankhaft gesteigerte Erregbarkeit in den Hintersträngen des Rückenmarks an. Nach Galvanisirung der Wirbelsäule erfolgte in einigen Monaten Besserung. Das Kniephänomen kehrte erst nach längerer Zeit zurück.

Langreuter (Eichberg).

---

334) **Ernst Remak** (Berlin): Ueber das Verhältniss der Sehnenphänomene zur Entartungreaction. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 240.)

Ich gebe die Resultate des Verf. mit dessen eignen Worten. Den Ergebnissen liegen Experimentaluntersuchungen, fremde und 5 eigene in extenso mitgetheilte Beobachtungen zu Grunde.

1. Steigerung der Sehnenphänomene, insbesondere Fussphänomen kann mit partieller E. A. R. der entsprechenden Muskulatur nur bei spinaler Erkrankung einhergehn und zwar nachgewiesener Weise zunächst nur bei amyotrophischer Lateralsclerose.

2. Das Erhaltenbleiben der Sehnenphänomene trotz ausgesprochener partieller E. A. R. ihrer Muskulatur kommt mit grosser Wahrscheinlichkeit nur bei atrophischen Spinallähmungen (Poliomyelitis anterior) vor.

3. Das Fehlen der Sehnenphänomene bildet die Regel:

a. Bei allen schweren amyotrophischen schlaffen Paralysen (mit

aufgehobener Nervenerregbarkeit) sowohl spinalen (poliomyelitischen) als peripherischen (neuroparalytischen) Ursprungs und überdauert im Falle der Rückbildung lange die galvanomuskuläre Entartungsreaction;

b. auch bei leichtester primär peripherischer degenerativer Neuritis gemischter Nervenstämme vielleicht selbst ohne alle Lähmung.

c. Bei absoluter peripherischer (vielleicht auch Kern-) Paralyse auch ohne nachträgliche Entartungsreaction.

Langreuter (Eichberg).

---

335) **Coester** (Neumarkt i. Schl.): Zum Capitel über Arbeitsparesen. (Berl. kl. Wochsch. 1884. Nro. 51.)

Verf. beschreibt eine Beschäftigungsneurose bei Cigarrenarbeiterinnen, welche speciell bei den „Wickelmacherinnen" beobachtet wurde. Bei den Manipulationen der letzteren kamen von Muskeln in Thätigkeit: Interossei, opponens digiti minimi und adductor pollicis, Extensores und Flexores digitorum, ferner Deltamuskel und Biceps. — Die Krankheit begann gewöhnlich mit leichten Schmerzen in der Schulter, welche auf den ganzen Arm übergingen, in Taubsein, Ameisenkriechen und endlich Atrophie einiger Handmuskeln. — Der Therapie durch den Inductionsstrom waren nur die leichteren Fälle zugänglich.

Langreuter (Eichberg).

---

336) **Kothe** (Ballenstedt): Zur Lehre von den Kehlkopflähmungen. (Berl. kl. Wochsch. 1884. Nro. 46.)

Mit Bezugnahme auf die früheren Arbeiten Semon's und 3 eigene Beobachtungen kommt der Verf. zu dem in Bezug auf Prognostik bedeutsamen Schluss: dass in Fällen von doppelseitiger Kehlkopflähmung eine isolirte oder wenigstens hochgradigere *Lähmung der Glottiserweiterer* von *organischer* Erkrankung der Wurzeln oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven abhängig sei, dagegen seien die *Clottisschliesser* meist bei *functionellen* Erkrankungen der betr. Nerven *afficirt.*

Langreuter (Eichberg).

---

337) **G. Catlett** (Missouri): Report on tinnitus aurium. (Ueber Ohrengeräusche.) (Americ. journ. of. insan. Januar 1885.)

Zweck der Arbeit ist eine gedrängte Uebersicht über die Literatur des Symptoms besonders in Hinsicht auf seinen psychischen Einfluss zu geben. Bemerkenswerth ist ein von C. beochteter Fall eines 21 jährigen Landmanns, der im 18. Jahre Ohrentzündung nach Scharlach gehabt hatte und und seitdem psychisch verändert war. Seit der Entzündung bestand chronischer Tinnit. aur. Er äusserte eine Reihe von lebhaften Gehörstäuschungen, hörte sprechen und sah oft aus dem Fenster, um die Personen zu entdecken. Zugleich drehte er sich oft nach rechts herum. Nach Reinigung der verstopften Gehörgänge und Behandlung der chronischen Mittelohrentzündung (mit doppelseitiger Perforation des Trommelfells) verschwanden die Hallucinationen und die Neigung des Kranken im Kreise nach rechts herum zu laufen. Nach 4 Monaten Genesung.

Matusch (Sachsenberg).

---

338) **Ruth. Macphail** (Edinburgh): Notes of a case of Addison's diseas associated with insanity. (Fall von Morb. Addison mit Geisteskrankheit.) (The journ. of m. science. Januar 1885.)

M. erklärt mit Recht dies Auftreten der Addison'schen Krankheit im vorliegenden Falle für etwas Coincidentelles, der Fall bietet aber auch nach andrer Seite hin Interesse. Der 42 jährige Fuhrmann, erblich belastet, hatte zwei Jahre vorher eine Verletzung des rechten Knies erlitten, schon vorher hatte er vorübergehende psychische Störung gezeigt. Bei der Aufnahme wurde neben der Psychose — Geschwätzigkeit, Unruhe, zeitweise melancholische Aeusserungen — Schwellung und Empfindlichkeit des Knies und dunkle wie schmutzige Hautfarbe constatirt. Die Färbung verdunkelte sich erheblich im weiteren Verlaufe, von ferneren Symptomen sind zu erwähnen Erbrechen, Gelbfärbung der Conjunctiven, Appetitlosigkeit, körperlicher Verfall, Pulsbeschleunigung, in psychischer Hinsicht andauernde Unruhe, rasch eintretender Blödsinn. Die Section ergab die bekannten Veränderungen der Nebennieren, sonst nichts Abnormes. Die Ganglien des Sympathicus sind nicht untersucht worden. Matusch (Sachsenberg).

---

339) **Weir Mitchell** (Philadelphia): Lectures on diseases of the nervous system. (Vorlesungen über Krankheiten des Nervensystems.) (The Lancet 1885, 16. Mai.)

Verf. citirt in der Absicht, um zu beweisen, dass die Diagnose der hysterischen Kniegelenkneurose unter Umständen, besonders wenn auf dasselbe ein Trauma früher eingewirkt oder eine andere Störung daselbst bestanden hat, Schwierigkeiten bereiten kann, und dass andererseits Hysterie keine organischen Veränderungen bewirkt, einen Fall, bei welchem des Morgens das afficirte Gelenk erhöhte Temperatur, Röthe, Schwellung und Spannung zeigte, Symptome, die bald verschwanden, aber nach Befühlen und Betasten des Gelenks wiederkehrten.

Dasselbe wurde nach der Angabe Billroths geöffnet, jedoch in demselben keine Anomalie gefunden. Pauli (Köln).

---

340) **M. G. Echeverria** (New-York): On epileptic violence. (Ueber die Gewaltthätigkeit Epileptischer.) (The journ. of ment. science April 1885.)

Die Arbeit bezieht sich auf die Beurtheilung des Falles James Donelly, der in einem wahrscheinlich epileptischen Wuthausbruch die Schwester getödtet und die Mutter schwer verwundet hatte und zu lebenslänglichem Gefängniss verurtheilt war. Das Journal „Lancet" erklärte D. für gesund und begründete dies und A. damit „dass in den meisten deutlichen Fällen von epileptischer Geistesstörung Motive oder Gelegenheit zu Zorn völlig fehlten, hier vorhanden waren". E. stellt sich die Frage, ob die psychische Störung bei epileptischen Anfällen das Vorhandensein von Gereiztheit in einer postepileptischen Gewaltthat ausschliesst und ob in Wahrheit Motive oder Gelegenheit zu Zorn fehlen. Aus einer Reihe von hierher ge-

hörenden Fällen weisst er nach, dass vielfach automatisch die vor dem Anfalle gehegten Absichten zu automatisch ausgeführten Handlungen in oder nach dem Anfalle führen. Das Mädchen, das beim Theebereiten sich in einem Anfalle das kochende Wasser über Arm und Bein statt in die Tasse giesst handelt genau so wie der Bursche, der nach nächtlichen Anfällen seinen Vater erschiesst, mit dem er eine Zusammenkunft verabredet hatte, um ihn zu einer besseren Behandlung seiner Mutter zu bewegen oder die Frau in dem von Hughlings-Jackson erzählten Falle, die im Begriffe sich ein Stück Brod abzuschneiden, von einem Anfalle ereilt wird und in diesem ihrem Kinde die Hand abschneidet. In einem Falle von Devergi erzählt der Kranke, dass er zwei Tage nach einem Zank mit seinem besten Freunde sich unwohl fühlte, wie dies einem seiner Anfälle vorauszugehen pflegte, dass ihm plötzlich der Zank wieder einfiel und ihn bis zu einem solchen Grade erhitzte, dass er beschloss seinen Freund zu erstechen. Während er in dessen Wohnung drang, ergriff ihn ein schwerer Anfall, der die That verhinderte. In zahlreichen Fällen lassen sich demnach Motive zu Animosität nachweisen und in noch mehr Fällen vermuthen, jedenfalls widerspricht, wie E. betont, der vom Lancet aufgestellte Satz durchaus der Erfahrung. Dass die Zurechnungsunfähigkeit der Epileptischen, deren Gewaltthaten somit eine Art von Vorbedacht zu Grunde liegt, hierdurch nicht aufgehoben ist, kann nicht zweifelhaft sein. Matusch (Sachsenberg).

---

341) **Géza Dulácska** (Budapest): Capsicum annuum als Heilmittel bei Delirium tremens. (Gyógpászat 1884. Nro. 52.)

Bei Behandlung des Delir. tremens müssen vorerst die folgenden Fragen beantwortet werden.

1. Ist das Uebel in Folge Mangels des gewohnten Alcoholgenusses eingetreten?

2. Ist es Folge einer acuten Erkrankung (Pneumonie, Arthritis) oder eines Trauma?

3. Ob es in Folge einer durch starken Alcoholgenuss herbeigeführten *Ermattung des Nervensystems* oder

4. in Folge Einwirkung von Verdauungsstörungen, Unterleibsbeschwerden auf das Gehirn entsteht?

Bei Alcohol-Abstinenz empfiehlt sich die Darreichung einer 4—5% alcoholischen Lösung. Bei Inflammationen, Traumen müssen in erster Reihe jene Gelegenheitsursachen gehoben, beseitigt werden. Bei mit Pneumonie combinirtem Delir. trem. ist das Opium von eminentester Wirkung, wenn keine Syncope des Herzens einzutreten droht. Bei Traumen aber ist das Chloral angezeigter, weil es nicht nur das Hirn beruhigt, sondern auch den Magen. Bewähren sich diese Mittel nicht, dann soll man zum *Capsicum annuum* (Paprika) seine Zuflucht nehmen, welches nicht nur als specifisch ungarisches diätetisches Mittel sich bewährt, sondern nach D.'s Resultaten glänzende Heiler-

folge liefert. Er wendet das Mittel auf Anempfehlung Willé's in grossen Dosen an. In einem Falle mit grosser psychischer Unruhe andauernder Agrypnie nützten keine Narcotica. Capsicum an. in Dosen von 2,0 beruhigte Abends den Patienten. Nach Verabreichung von 8,0 trat der Schlaf ein, der 4 Tage früher ausblieb. Hochgradiger Schweiss, profuses Uriniren und häufiger Stuhl in Verbindung mit dem Schlaf heilten in 24 Stunden. In noch anderen 3 Fällen, ohne Complication wirkte *Paprika-Staub* ebenso rasch.

Verf. behauptet, dass Capsicum auch in grossen Dosen die Darmschleimhaut nicht entzündet, reizt aber dieselbe und eben darin und der Rückwirkung auf den Vagus besteht sein physiologischer Effect. Er stützt seine Meinung damit, dass Diarrhoë, profuse Schweisse auf Circulation und Nervensystem bekanntlich oft den günstigsten Einfluss ausüben, und naturgemäss heilwirkend sind. (Ich muss das beschämende Geständniss ablegen, dass trotz eines grossen Materials, mich die Furcht grösseren Schaden dadurch zu verursachen, bis nun davon abhielt, dieses von americanischen, englischen und russischen Aerzten empfohlene, bei uns zu Lande im täglichen Gebrauche stehende Gewürz zu versuchen; ich denke auch dass das „*Nemo propheta in patria*“ sich auf *unsere Paprika* mit gleichem Rechte anwenden liese. Ref.)

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

342) **Jeo. H. Savage**: Some relations of delirium tremens to insanity. (Einige Beziehungen zwischen Del. trem und Geisteskrankheit.) (The journ. of ment. science Januar 1885.)

Delirium tremens und ähnliche Psychosen entstünden leichter bei hereditär und nach Verletzung oder Verfall Neuropathischer und führten bei diesen eher zu partiellem psychischen Defect, wie sie auch das erste Stadium chronischer Geisteskrankheit bilden könnten. Wiederholte Attacken tendirten zu chronischer Psychose und jede Attacke mache die Person weniger widerstandsfähig.

Matusch (Sachsenberg).

---

343) **J. Wiglesworth** (London): On uterine disease and insanity. (Ueber Uterinleiden und Geisteskrankheit.) (The journ. of ment. science Jan. 1885.)

Zusammenstellung von 109 Sectionsergebnissen und 65 gynäcologischen Befunden an lebenden geisteskranken Frauen, aus der W. schliesst, dass der Zustand der Genitalsphäre bei Psychosen mehr Berücksichtigung als bisher verdient. Matusch (Sachsenberg).

---

344) **A. de Watteville** (London): Practical remarks on the use of electricity in mental disease. (Practische Bemerkungen über die Anwendung der Electricität bei Psychosen.) (The journ. of ment. scien. Jan. 1885.)

W. theilt die meist vertretene Ansicht über die *verschiedene* Wirkung der beiden Stromrichtungen nicht und empfiehlt beide Pole deshalb

nacheinander zu appliciren, weil die Kathode eine grössere chemische und stimulirende örtliche Wirksamkeit besitzt.

Matusch (Sachsenberg).

---

345) **J. Wiglesworth** (London): Clinical Cases. (Klinische Fälle.)
(The journ. of ment. science Januar 1885.)

W. bezeichnet im 1. Falle nach dem Obductionsbefunde (arterielle Hyperämie des Gehirnes, eng aneinander gedrückte Windungen, ausgedehnte Ventrikel) und dem klinischen Bilde des plötzlichen Collapses unter den Erscheinungen der Hirnblutung und des Hirndruckes als Todesursache cerebrale Congestion oder seröse Apoplexie.

Angeschlossen ist der Bericht über eine Familie, in der von 8 Kindern einer psychopathischen Mutter vier, meist in mittlerem Alter an Melancholie erkrankt, während zwei früh gestorben waren, ein Sohn nach dem Tode seiner Frau längere Zeit schwermüthig gewesen ist. Nur eine Tochter, 44 Jahre alt, ist bisher geistig gesund geblieben.

Matusch (Sachsenberg).

---

346) **H. Benham:** Case in asylum practice where seven ribs were discovered to be fractured, after death. (Bruch von sieben Rippen.)
(The journ. of ment. science April 1885.)

Verf. will hierdurch nachweisen, dass Rippenbrüche auch ohne Misshandlung oder Gewalt vorkommen können, was Niemand bezweifelt. Im Uebrigen ist der Kranke 5 Tage vor dem Tode aufgenommen worden und die Fracturen erschienen B. älteren Datums, können also einer Misshandlung zu Hause recht wohl zugeschrieben werden.

Matusch (Sachsenberg).

---

347) **Ruth. Macphail** (Edinburgh): Clinical observations on the blood of the insane. (Klin. Beobachtungen über das Blut von Geisteskranken.)
(The journ. of ment. science October 1884, Januar 1885.)

M. untersuchte das aus einem Finger entnommene Blut von 420 Kranken auf seinen Gehalt an Hämoglobin und an rothen Blutkörperchen und gelangt zu folgenden Resultaten:

Obgleich Anämie an sich nicht als Ursache zu Geisteskrankheit mit Sicherheit anzusehen ist, zeigt sich anämische Beschaffenheit des Blutes eng mit Psychosen verbunden. Das Blut von Blödsinnigen ist arm an H. und Hämatocyten und verschlechtert sich mit vorschreitendem Alter. Eine besonders schlechte Beschaffenheit hat es bei Masturbanten. Bei Paralyse ist sein Gehalt an H. und Hämatocyten unter dem Normalen und das Deficit ist grösser zur Zeit der Unruhe und dem Stadium der Lähmung. Ein Deficit ist auch bei Epileptikern nachweisbar, ist aber nicht so erheblich, als bei gewöhnlichen Blödsinnigen gleichen Alters. Fortgesetzte Darreichung von Bromkali bewirkt keine Verschlechterung des Blutes. Im Durchschnitt ist der Gehalt an H. bei der Aufnahme der Kranken beträchtlich unter dem Normalen, hebt sich bei der Genesung

und erreicht bei der Entlassung fast den Durchschnitt, und der Vorgang ist ein rascherer beim Gebrauch von Tonicis. Die günstige Wirkung wurde in abnehmenden Grade bei 1. Eisen mit Chinin und Strychnin, 2. Eisen mit Chinin, 3. Eisen allein und 4. Malzextract beobachtet. Arsenik hatte wenig, Quassia und Leberthran ungenügenden Erfolg. M. schliesst mit der Ermahnung, dem Verhalten des Blutes bei Geisteskrankheit, mehr Beachtung zu schenken, als bisher geschehen.

Matusch (Sachsenberg).

---

348) **Hack Tuke** (London): On alcohol in asylums, chiefly as a beverage. (Ueber Alcoholgebrauch in Irrenanstalten, besonders als Getränk). (The journ. of ment. science Jan. 1885.)

Von den 129 Anstalten des gesammten England beantworteten 100 die Frage nach der Verwendung von Bier bei Kranken und Angestellten. 50 verwandten Bier nur als Medicament, von den übrigen sprechen sich 8 zu Gunsten des Gebrauchs als Getränk aus, von den ersten eine dahin, dass nachtheilige Folgen für Disciplin und Gesundheit durch die Entziehung beobachtet waren, acht, dass sie diese indifferent gefunden haben. Tuke rechnet aus, dass die Gesammtkosten für Alcoholica in Anstalten für England 32,000 L. betragen, pro Kopf und Jahr von 2—14 L. Matusch (Sachsenberg).

---

349) **Conolly Norman** (Monaghan): On insanity alternating with spasmodic asthma. (Geisteskrankheit alternirend mit Asthma spasm.) (The journ. of ment. science. April 1885.)

Den von Kelp und Lorent beobachteten Fällen von Alterniren psychischer Erkrankung mit Asthma fügt Verf. sieben Krankheitsgeschichten zu, die er im Auszuge mittheilt. Als den merkwürdigsten derselben bezeichnet er den dritten seiner Fälle: Ein 32 jähriger nicht belasteter, seit der Kindheit an Asthma leidender Mann wird, nachdem die Anfälle drei bis vier Tage ausgeblieben sind, schweigsam und niedergeschlagen, äussert im weiteren Verlaufe eigenthümliche Zwangsvorstellungen, dass er seine Mutter tödten müsse und wird auf seinen eignen Wunsch in eine Irrenanstalt aufgenommen. Emphysem und Herzkrankheit wird nicht constatirt, der Schlaf ist andauernd schlecht. Etwa 14 Tage nach der Aufnahme, ca. $3^1/_2$ Wochen nach Fortbleiben des Asthma, stellt sich ein heftiger Anfall ein, während dessen sich der Kranke trotz der Heftigkeit desselben für geistig gesund erklärt und sein früheres heiteres Aussehen wiedererlangt. Nach dem Anfalle guter Schlaf und psychische Gesundheit bei häufiger Wiederkehr der asthmatischen Beschwerden. — Im zweiten Falle war mit dem Auftreten von Asthma eine entschiedene Besserung der Psychose verbunden; der Kranke, ein 50 jähriger Beamter zeigte seit 7 Jahren zunehmende Reizbarkeit und äusserte mannigfache Verfolgungsideen. An Asthma hatte er früher nicht gelitten. Er konnte nach der Entlassung seinen Beruf wieder aufnehmen, blieb aber verschlossen und nervös. Im 4. Falle beruhigte sich ein maniakalischer Schwachsinniger zugleich mit der Wiederkehr asthmatischer Anfälle, die seit

der Kindheit bestanden, während der drei Jahre bestehenden Aufregung jedoch cessirt hatten. — Bei einer 45 jährigen, seit dem 25. Jahre asthmatischen Frau brachte dagegen der Wiedereintritt von Asthma keine nachweisbare Besserung der Psychose (chronische Melancholie), obgleich der Beginn derselben mit dem Ausbleiben des Asthmas zusammenfiel. (Hierher gehört eine Beobachtung des Ref. aus der Irrenanstalt Dalldorf: Ein langjähriger Epileptiker, der an Emphysem und schweren asthmatischen Anfällen litt, zeigte zweimal im Anschluss an mehrtägiges Asthma längeres Delirium, das sich von seinem häufig auftretenden postepileptischen Delirium in nichts unterschied, ohne dass Krampfanfälle vorher stattgefunden hatten.)

Matusch (Sachsenberg).

---

350) **E. Moore** (Dublin): On the necessit of all medical students attending a course of lectures and receiving clinical instruction also in psychiological medicine. (Die Nothwendigkeit, dass alle Medicin Studirenden psychiatrische Vorträge hören und clinischen Unterricht erhalten.) (The journ. of ment. science April 1885.)

Die Arbeit soll den bereits vorbereiteten Antrag auf Einreihung der Psychiatrie in die Prüfungsgegenstände in England unterstützen.

Matusch (Sachsenberg).

III. Aus den Vereinen.

I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 7. Februar 1885.

351) **Berthold Stiller:** *Ein Fall von Aphasie.*

Mit linksseitiger Hemiplegie — ohne Verlust des Bewusstseins — stellte sich nach 4 Tagen Aphasie ein. Da eine hemiplegia alternans des Facialis rechts zugegen war, und vollständige Glossoplegie — Zunge atrophisch am Grunde der Mundhöhle musste eine *pontine Blutung* im hinteren Theile der Brücke angenommen werden. Der Bluterguss muss gering gewesen sein, weil sonst eine Apoplexia fulminans eingetreten wäre.

Zur Erklärung der concomittirenden Aphasie muss jedoch ein zweiter Herd supponirt werden, und zwar in diesem Falle *rechts.* Dieser seltene Befund lässt sich aber leicht deuten, da mit Bestimmtheit nachgewiesen wurde, dass die Kranke *seit ihrer Kindheit linkshändig ist.*

Bei ihr gingen demnach alle motorischen Impulse von der rechten Hirnhälfte aus, und es hat sich conformer Weise die *rechtsseitige pars opercularis zum herrschenden Sprachcentrum entwickelt.*

Sitzung vom 28. Februar 1885.

352) **Ignatz Ottava:** *Fall von Facialislähmung mit Thränenträufeln.*

Der l. Facialis ist bei dem vorgestellten Pat. gelähmt durch Syphilis und doch besteht ein abundantes Thränenträufeln, ein Beweis,

dass die Thränendrüse *nicht* vom Facialis innervirt wird. (Schwacher Beweis. Ref.) Beobachtungen, dass nach Dehnung des Facialis hochgradiges Thränenträufeln entsteht, sprechen nur scheinbar für die Innervation der Thränendrüse durch den Facialis. Nach O. entsteht dieses in solchen Fällen durch Blepharospasmus, der auch unter der Narcose fortdauert, und welcher die Uebergangsfalte mit Thränen füllt. Zerrt der Operateur den Facialis, hört der Krampf auf, und die angehäuften Thränen entleeren sich. O. behauptet, dass nach Erfahrungen des täglichen Lebens (?) die Innervation der Thränendrüse durch den Trigeminus besorgt wird.

In der Discussion theilt Kétli diese Ansicht.

Der Oculist Goldzieher verficht den Standpunkt, dass der Facialis der Thränendrüsennerv sei. Wenn doch bei Lähmung dieses Nerven Thränenträufeln eintritt, muss man in Betracht ziehen, dass auch die Conjunctiva eine thränenartige Flüssigkeit absondere.

Sitzung vom 24. März 1885.

353) **Andreás Takás:** *Ueber die verschiedenen Formen der Muskelatrophie.*

Vortragender glaubt vier Formen annehmen zu können:

I. Atrophie der grossen und kleinen Muskeln der Schulter und der Ober-Extremitäten. Reflexe erhalten, so lange Muskelschwund nicht total sich einstellt. Dynamische Reizbarkeit der Muskulatur gesteigert; fibrilläre Zuckungen wahrnehmbar, keine Entartungs-Reaction. Sitz des Uebels in der seitlichen Zellengruppe der Rückenmarks-Vordersäulen.

Bezeichnung: Atrophia muscularis *progressiva* e polyomyelitide laterali.

II. Schmerzen im Verlaufe der Nerven an der Oberextremität. In den befallenen Gebieten rasch fortschreitende Atrophie der grossen und kleinen Muskeln *mit Lähmung.* Abnahme der Sensibilität bis zur Anästhesie concomittirt. Bei Druck der Nerven Schmerzempfindung. Dynamische Reizbarkeit der Muskeln und fibrilläre Zuckung vermindert. In Nerven und Muskeln ausgeprägte Entartungs-Reaction. Krankheits-Ursache: Neuritis. *Bezeichnung:* Atrophia muscularis e polyneuritide (Neuritis multiplex).

III. Verbreitete Muskelschmerzen mit Anschwellung der Muskeln. Gleichmässige Atrophie der grossen Schulter- und Oberarm-Muskeln. Sensibilität unversehrt, Muskeln sind nicht lange Zeit schmerzhaft; wo gesunde Muskelfaser, ist auch der Sehnenreflex erhalten. Dynamische Muskelreizbarkeit vermindert bis zum Erlöschen. Keine fibrilläre Zuckung. Parallel der Atrophie ist die electrische Reizbarkeit der Muskeln bloss *quantitativ* vermindert. Ursache der Krankheit: Myositis. *Bezeichnung:* Atrophia muscularis e polyomyolitide.

IV. Endlich ist die Erb'sche *Atrophia muscularis juvenilis cum pseudohypertrophia* anzufügen, welche Uebergangsform zwischen den Muskelatrophien e myelitide und e myositide sind. Die Localisation dieser Form ist noch Aufgabe der Zukunft.

Sitzung vom 25. April 1885.

354) **S. H. Scheiber:** *Neuropathologische Mittheilungen im Anschluss an einen complicirten Fall.*

Bei einem 36 Jahre alten Buchhalter erkrankten alle 3 Abschnitte des Centralnervensystems nach einander.

Ein Ueberblick, der sehr ausgiebig mitgetheilten, auffallenden Symptome lässt 4 Episoden unterscheiden. Zur ersten gehören die durch 6 Jahre allein bestandenen Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachts-Anfälle, die Vortr. als apoplectiform bezeichnet. Diese Symptomengruppe führt er auf schwere Gehirnhyperämie — apoplectische Congestion — zurück.

Die 2. Episode begann mit heftigen Schmerzen und Parästhesien in der r. Hand *in der Folge von Niessen.* Sch. meint dass durch das Niessen eine *Capillarapoplexie* an einem Punkte der sensitiven Bahn in der l. Grosshirnhemisphäre entstand. Darauf folgte ein apoplectischer Insult mit leichter Parese rechts und starker Hemianästhesie, welche er auf eine jetzt schon *vasculäre Blutung* in der l. Hirnhemisphäre und zwar im hinteren Drittel der hinteren Hälfte der Capsula interna bezieht und als Fortsetzung der Capillar-Blutung auffasst. Auch den in dieser Zeit aufgetretenen seltenen *Singultus* und die Schmerzen der r. Körperseite betrachtet er als *wahre und directe Herdsymptome.*

In der 3. Episode sind Schlinglähmung, Heiserkeit, näselnde Sprache, Lähmung des r. Stimmbandes, der r. Hälfte des Pharynx und Velum palatinum aufgetreten, welche als rechtsseittge Bulbär-Symptome imponirten.

In der 4. Episode trat eine progressive Muskelatrophie an dem linken Arm und eine Muskelatrophie im Vorbereitungsstadium an der rechten, paretischen Hand ein.

Es handelte sich demnach um eine *subacute, circumscripte polioencephalitische oder subacut sich entwickelnde thrombotische Erweichung, die in einem sclerotischen Processe ihren Ausgang fand* und als solcher progressive Muskelatrophie nach sich zog; in dieser Beziehung sich der typischen progressiven Bulbärparalyse verwandt zeigte, obwohl der Process hier subacut einsetzte, nicht progressiv war, einseitig und circumscript blieb. (Solch complicirte Fälle lassen sich eben nach verschiedenen Theorien erklären; ob die hypothetischen Deutungen den dunklen Zusammenhang decken können, ist fraglich; nur bei Einsicht in das anatomisch Geschehene, — was bei dem langen protrahirten Verlaufe ganz unmöglich war und bleibt — könnte man an Hand der Thatsachen solche gewagte Diagnosen annehmen. Ref.)

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

II. Ungarische Academie der Wissenschaften.

Sitzung vom 19. Januar 1885.

355) **Andreás Högyes:** *Neuere Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Acusticus-Reflexe.*

Bei Hystero-Epileptischen stellen sich auf wie immer geartete

Töne hochgradige, Reflex-Muskelkrämpfe ein, die schliesslich zur Hypnose führen. Je intensiver die Töne, desto starrer die Muskelcontracturen. Auf rhythmische Töne erfolgen rhytmische Bewegungen.

Lässt man vor einer hypnotisirten — oder wachen — Hysterischen die Stimmgabel erklingen, dann wenden sich beide Augen gegen die Tonquelle hin; tönt die Stimmgabel ober dem Kopfe, dann wenden sich beide Augen nach oben und convergiren: *es besteht eine positive Association zwischen dem Acusticus und dem die Augenbewegungen vermittelnden Centrum.*

Vom Acusticus lassen sich auch Reflexe in den motorischen Bahnen des Trigeminus, Facialis, Vagus, Hygoglossus und successive sämmtlicher Spinal-Nerven auslösen.

Bei Hemianästhetischen werden *vom tauben Ohre die Reflexbewegungen noch lebhafter ausgelöst*, als vom normalen.

Bei einem Versuchsobjecte stellte sich auf das Ticken der Uhr Nystagmus ein; auch bei künstlichen Versuchseinrichtungen überzeugte sich H., dass Nystagmus bei Tauben und Hörenden eintritt, woraus erhellt, dass *die Nervenbahnen der Tonempfindung von jenen der acustischen Reflexe im centralen Nervensystem gesondert* und dass die zwei Functionen unabhängig von einander sind.

Auch *die psychomotorische Kraft des Willens kann man* durch acustische Reflexbewegungen gleichsam messen. Die mit einer gewissen Energie tönende Gabel figurirt als *Dynamometer des Willens.*

Die leisere, doch heftige Einwirkung der normalen acustischen Reize auf das gesammte Muskel-System ist eine ununterbrochene und die Ursache jenes allgemeinen Tonus, der im wachen Zustande das Muskelsystem in einem labilen, bilateralen Gleichgewicht erhält.

Bei Hysterischen entsteht auf die geringsten Sinneseindrücke eine *Hyperlabilität* in den Moleculen der Nervenzellen, nicht im sensibeln Endapparate, nicht im Acusticus, sondern *im aesthesotischem Theile des centralen Hirngrau.*

Auch Charcot's „*Diathese de Contractur*“ — die Fortdauer der hypnotischen Contractur im wachen Zustande — spricht für diese Auffassung.

Die von Charcot *aufgestellten klinischen Schablonen der hypnotischen Stadien* acceptirt H. nicht; *die Erscheinungen coincidiren bloss mit der Hypnose.*

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

III. Aertzl. Verein zu Stuttgart.

Sitzung vom 5. Februar 1885.

356) **Rosenfeld:** *Ueber progessive Muskelatrophie mit Vorstellung zweier Kranken.*

Bei dem einen, einem Manne sind vorzugsweise die Extensoren der Oberextremität ergriffen, in viel geringerem Grade die Flexoren.

Die Ursache ist in diesem Falle Bleilähmung. Der Vortragende erörtert die verschiedenen Möglichkeiten des Zustandekommens der Bleilähmung und ist geneigt, dasselbe in einer krankhaften Veränderung der grossen Ganglienzellen in den Vörderhörnern des Rückenmarks zu suchen. Der zweite Fall betrifft eine Frau von ca. 40 Jahren, bei der sich die Affektion im Anschluss an ein vor 4 Jahren überstandenes Puerperium entwickelt hat. Hier sind vorzugsweise die Daumenballen geschwunden.

Sitzung vom 2. April 1885.

257) Stabsartzt **Bückling**: *Ueber einen Fall von Thomsen'scher Krankheit.*

Der vorgestellte Fall ist, soweit dem Berichterstatter bekannt der 11. der bisher veröffentlichten. Ein Musketier des 7. Inf.-Regiments ging dem Garnisonlazareth am 21. Februar d. J. mit der Diagnose Gelenkrheumatismus zu und bot folgende Erscheinungen: Der 21 Jahre alte, im Uebrigen gesunde und muskelstarke Mann klagt über ein Gefühl von Steifigkeit in den Gelenken und schmerzhafter Contraktion in den Muskeln; er habe dasselbe zum erstenmale in seinem 17. Lebensjahre an sich beobachtet, als er bei Erlernung des Schuhmacherhandwerks viel habe sitzen müssen. Die Steifigkeit, welche er darnach in den Beinen empfunden, habe sich $^1/_2$ Jahr später auch in den Armen und Händen eingestellt, jetzt sei dieselbe am ganzen Körper vorhanden. Sobald er indess eine Bewegung mehrmals ausgeführt habe und in Schweiss gerathen sei, oder auch nach dem Genuss grösserer Mengen von Alcoholicis seien alle diese Erscheinungen geschwunden, um später ebenso wiederzukehren.

Der letztere Umstand, welcher in den bisherigen Publikationen noch nicht erwähnt ist, erscheint von besonderer Wichtigkeit für die Beurtheilung der Natur des Leidens, insofern sich dasselbe als eine vom Centralnervensystem ausgehende Leitungshemmung darstellt, welche durch Alcoholwirkung beseitigt wird.

Das erbliche Moment lässt sich in dem vorliegenden Falle nicht auffinden, ein Bruder zeichne sich durch ganz besondere Muskelstärke aus. — Im Uebrigen bietet Pat. alle für das Bild des Morbus Thomsen beschriebenen Symptome in sehr charakterischer Weise, und wurde derselbe desshalb zur Entlassung aus dem Kgl. Militärdienste eingegeben.

Wenn ein mit diesem Leiden Behafteter sich im bürgerlichen Leben noch forthelfen kann, vielleicht ohne einmal seiner Umgebung besonders aufzufallen, so ist derselbe für den Militärdienst völlig unbrauchbar. Bekanntlich sind es die Anfangsbewegungen, welche den Betroffenen hauptsächlich schwer fallen, mithin können alle auf Kommando auszuführenden, unvorhergesehenen Bewegungen, zumal nach einiger Ruhe, nur schwer und erst nach mehrmaliger Wiederholung vorschriftsmässig ausgeführt werden. So kann Pat. z. B., wenn nach längerem „Stillgestanden" das Kommando „Marsch" erfolgt, die Beine gleichsam nicht vom Boden bringen; er macht mehrere Schritte mit steifen, gespreizten

Beinen, bis es gelingt, dieselben in allen Gelenken zu beugen und zu strecken; ähnlich geht es ihm mit den Gewehrübungen etc.

Psychische Einflüsse, wie sie unter Anderem von Thomsen selbst für den Eintritt, resp. die Steigerung der Symtome angegeben werden, stellt er für sich in Abrede.

Der Pat. hatte übrigens bei seinem Dienstantritte sein Leiden verschwiegen, weil er sich von den militärischen Uebungen eine Besserung desselben versprach.

IV. Tagesgeschichte.

Aus Belgien. Die Société de Médecine mentale de Belgique wird bei Gelegenheit der Ausstellung in Antwerpen vom 7. bis 9. September d. J. eine *ausserordentliche Versammlung* abhalten, zu welcher sie in- und ausländische Irrenärzte, Neurologen und Criminalisten einladet. Es soll zunächst verhandelt werden „Ueber die Grundlagen einer guten internationalen Irrenstatistik“ und ferner „über die Beziehungen zwischen Strafrecht und Irresein“. Nach den Verhandlungen werden Ausflüge nach Gheel, Lierneux, Gand, Mons und Tournai beabsichtigt, um die Anstalten an den betreffenden Orten zu besuchen. Meldungen über die Theilnahme werden an Dr. Ingels, Arzt des Hospice Guislain in Gand erbeten.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, Volontairarzt, 1050 Mark, freie Station. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und fr. Stat. 3) Sachsenberg (Schwerin), III. Hilfsarzt; sofort, 1200 M. und fr. Stat. Evangelische Confession nöthig. 4) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1. Juli, 1440 M. Anfangsgehalt und fr. Stat. Verpflichtung auf 2 Jahre. 5) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und freie Station. 6) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M. und freie Station. 7) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station.

Besetzte Stelle. Saargemünd, II. Assistenzarzt: Herr Dr. Gottl. Glendenberg. Alt-Scherbitz, Assistenzarzt: Herr Dr. Haardt; Volontairarzt: Herr Dr. Buttenberg. Hildburghausen, zweiter Arzt: Herr Dr. Landrock.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. August 1885. Nro. 15.

INHALT.

I. Originalien. Prof. P. J. Kowalewsky: Tabes dorsualis illusoria.

II. Original-Vereinsberichte. I. Medicinische Gesellschaft zu Berlin. II. Gesellfür Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin.

III. Referate und Kritiken. Tartu: Ueber den feineren Bau der vorderen Vierhügel beim Menschen. Morselli: Ueber die Verwendung der Dynamographie für die Diagnose der Bewegungsstörungen in Nervenkrankheiten. Musso e Bergesio: Der Einfluss einiger hydrotherapeutischer Einwirkungen auf die Gehirncirculation. Quinke: Ueber sogenannte „Chorea" beim Hund. Lehmann: Osteokopische Neurosen. Lehmann: Oeynhausen (Rehme) gegen Ichias. Aschenbrandt: Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut. Baginsky: Ueber den Menière'schen Symptomencomplex und die durch Cerebral-Erkrankungen bedingten Gleichgewichtsstörungen. Moss: Antwort zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Benno Baginsky in Berlin: „Ueber den Menière'schen Symptomencomplex etc. Baginsky: Bemerkungen zu vorstehender Antwort. Remak: Drei Fälle von Tabes im Kindesalter. Charcot: Hypnotismus und psychische Vorstellungen. Seymour: Ueber gewisse Krankheiten des Nervensystems, welche bei der Section keine makroskopischen Veränderungen nachweisen. Rosenstein: Ueber das Verhalten des Kniephänomens bei Diabetes mellitus. Laufenauer: Hypnotische Anfälle im Anschlusse an eine histero-epileptische Neurose. Faskas: Ein Fall von Polyneuritis. Robinson: Ueber die Nervenerkrankungen in Folge von Bleivergiftung. Bennet: Ein Fall, in dem Anfälle von tonischen Muskelkrämpfen, unmittelbar von vollständiger temporärer Paralyse gefolgt, während des ganzen Lebens häufig und periodisch auftraten, bei normalem Verhalten in den anfallsfreien Zeiten. Ross: A case of multiple tubercular tumors. Thomson: Verletzung der rechten Schädelseite mit nachfolgender Paralyse des rechten Armes. Moravcsik: Ueber syphilitische Psychosen im Anschluss an 4 Fälle. Otto: Ein Fall von Porencephalie mit Idiotie und angeborener spastischer Gliederstarre. Pilgrim: Spotane Herzruptur. Weiss: Die ätiologische Bedeutung der Epilepsie. Berger: Verfolgungswahn in Folge von Pneumonie. Curt: 2. Bericht des Comités für Irrenpflege in den öffentlichen Anstalten des Staates Pensilvanien.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Tabes dorsualis illusoria.

Von Prof. P. J. KOWALEWSKY (Charkoff).

Es kann kaum einem Zweifel unterliegen, dass es auch in der Medicin eine Menge von nahe verwandten Erscheinungen giebt, welche uns nur deswegen als nicht in Zusammenhang stehend erscheinen,

weil wir die Mittelglieder nicht kennen oder nicht genau erforscht haben. Als Beispiel wählen wir die Einbildungsparaplegie, welche von Roussel[1]), Tschirieff[2]) u. A. beschrieben worden ist. Für sich allein betrachtet erscheinen diese Krankheitsbilder isolirt und eingeschränkt, während von einem etwas allgemeineren Standpunkte aus beleuchtet, dieselben sich ganz anders uns darstellen.

Rufen wir uns das Bild der Paraplegie und der sonstigen Lähmungen, die in Folge von Wahnvorstellungen eingetreten, in's Gedächtniss zurück. Ein Kranker erklärt uns z. B. er könne sich nicht bewegen, weil ihm die Vorstellung innewohnt, seine Beine seien aus Glas oder aus Holz. Mir selbst kam ein Fall zur Beobachtung, wo der Kranke mich zu überzeugen suchte, er könne nichts mit seinen Händen anfangen, weil dieselben aus Gold seien. Der Unterschied nun zwischen diesen beiden Krankheitscategorien wird darin bestehen, dass in der ersten Reihe von Fällen die Kranken ihre Glieder nicht gebrauchen zu können glauben, weil sie dieselben für krank erklären; und in der zweiten Reihe, — weil sie dieselben für verändert halten (hölzern, gläsern u. s. w.). Beide Male handelt es sich um Einbildungen; in der ersten Reihe um anscheinend nicht krankhafter Vorstellung; in der zweiten Reihe um entschiedene Wahnideen. In beiden aber, wie gesagt, giebt die Vorstellungssphäre die Quelle der genannten Störungen ab.

Es will mir fast dünken, dass eine grosse Zahl der als Mono- und Paraplegien bei Hysterischen bekannten Störungen, die unter Einwirkung psychischer Momente plötzlich zu schwinden pflegen, in die Reihe der rein functionellen Einbildungsparalysen zu setzen sind. Wenden wir uns zur Agoraphobie, Claustrophobie etc. so sehen wir dass auch in diesen Fällen die Unmöglichkeit der Bewegung von psychischen Momenten abhängig ist. Der Unterschied besteht bloss darin, dass in diesen Fällen nur bestimmte willkürliche Bewegungen gehemmt sind, während in den ersteren Fällen alle Bewegungen darniederliegen. Aber in allen diesen Fällen ist das ursächliche Moment — psychischer Einfluss.

Das Verschiedene dieser Fälle liegt aber darin, dass es an manchen Mittelgliedern fehlt. Ihre Verwandtschaft und nahe Beziehung zu einander leuchtet jedoch sogleich ein, sobald wir nur diese Mittelglieder ausfindig machen. Letzteres gelingt bei aufmerksamer Beobachtung. Wir sind in dieser Beziehung in einer viel günstigeren Lage, als bei der darvinischen Reihe. Dort müssen wir die ausgefallenen Mittelglieder in der Paleontologie suchen, während hier dieselben sich ganz von selbst darbieten.

Ich werde mir erlauben hier einen Fall von Tabes dorsalis illusoria mitzutheilen. Meiner Meinung nach bietet der Fall insofern ein gewisses Interesse, als die Ursache und der Ausbruch der Krankheit

---

[1]) Roussel Reynolds, Brit. med. journ. 1867. 5.

[2]) Ref. Tschirieff, Medicinski Wiestnik (russisch). 1884. Nro. 1, 2.

rein functioneller Natur waren und absolut keine organische Störung des Nervensystems zu Grunde hatten.

J. D., 37 Jahre alt, verheirathet, griechisch-katholischer Confession, kann lesen und schreiben, geboren im Chersonschen Gouvernement, Geistlicher, trat in die psychiatrische Abtheilung unseres Spitals den 25. April 1884.

Seine Eltern waren gesunde Leute, der Trunksucht nicht ergeben und sollen sich eines guten Leumundes erfreut haben. Seine sechs Geschwister sind gesund. Ein Onkel unseres Patienten ist Potator. Patient selbst will von seiner Kindheit an nie von einer Krankheit heimgesucht worden sein. Als Kind soll er jedoch sehr empfindlich gewesen sein. Er suchte gern die Einsamkeit auf, wo er lebhaft phantasirte und Luftschlösser baute. In der Schule für Geistliche und nachher im Seminarium zählte er zu den mittelmässigen Schülern, las aber immer gerne Bücher, besonders solche, welche die Phantasie anregten. Nach der Beendigung seiner Studien, verheirathete er sich und hat jetzt 6 Kinder. Dem Trunke ist er nicht ergeben, lebt zurückgezogen in seiner Familie, liest viel, hauptsächlich Romane. Da er sich eines ziemlichen Wohlstandes erfreut, so konnte er seinem ästhetischen Geschmacke nachkommen. Er liess sich vor seinem Hause einen kleinen Garten anlegen mit einigen Blumenstöcken darin und ergötzte sich an dessen Schönheiten mit dem Buche in der Hand an seinem Fenster sitzend. In den letzten 5 Jahren traf unseren Kranken ein grosses Unglück, welches auch zur Ursache seiner jetzigen Krankheit geworden ist. Sein Schwager, Vater von acht Kindern, erkrankte an Tabes dorsalis. Unter den Augen unseres Kranken entstand das Leiden, unter seinen Augen entwickelten sich die Symptome, unter seinen Augen starb auch der Unglückliche. Sorgfältig folgte unser Patient dem Gange der Krankheit, überzeugte sich von der Unheilbarkeit derselben, sah wie erfolglos die Therapie ihr gegenüber war. Er sah die Familie des Schwagers immer mehr und mehr herunterkommen und schliesslich dem Bettelstabe nahe. Schon der Gedanke an dies Alles erregte bei unserem Kranken Entsetzen. Und je mehr er darüber nachdachte, desto mehr quälte ihn der Gedanke, ob er nicht auch selbst an dieser schrecklichen Krankheit litte.

Man wird sich das Entsetzen unseres Kranken vorstellen können, als er Mitte des verflossenen Jahres an sich Zeichen beginnender Rückenmarksschwindsucht zu bemerken glaubte. Die Sache begann an der Wirbelsäule. Der Kranke verspürte Schmerzen längs des Rückens, insbesondere in der Kreuzgegend. Dieselben sollen bald heftiger, bald gelinder gewesen sein. Nach kurzer Zeit strahlten sie blitzartig in die unteren Extremitäten aus. Der Kranke will weiter bemerkt haben, dass es mit dem Gehen schlechter werde: auf glatter Oberfläche ging es noch einigermassen, dagegen bei Treppenabsteigen stolperte er und fiel fast um. Bei Tage vermochte er noch ziemlich gut seine Beine zu gebrauchen, unmöglich ward es ihm dagegen bei geschlossenen Augen oder im Dunkeln. Gleichzeitig mit den Schmerzen

bemerkte er, dass der Gang unsicher und taumelnd wurde, in den Beinen hatte er das Gefühl von Schwäche und Schwere. Bald verspürte er auch Gürtelgefühl und Enge auf der Brust. Auf den Fusssohlen hatte er das Gefühl, als wäre ihm was Fremdes untergeschoben. „Eigentlich nicht, wie wenn wirklich Etwas darunter gewesen, aber doch so was ähnliches", schilderte der Kranke. Schliesslich bekam er Schwindel, Obstipation und Retentio urinae.

Der Kranke kann es nicht Retention nennen, es kommt ihm nur so vor, als wie wenn der Urin sich nicht schnell genug entleeren wollte, und wie wenn ein Theil davon noch in der Blase zurückbliebe. Alle diese Erscheinungen raubten ihm seine Ruhe. Der Gedanke, dass er zu einem Krüppel werden könne, dass er seine Familie nicht mehr würde ernähren können, dass er dazu derselben zur Last fallen würde, flösste ihm Entsetzen ein, er verlor den Schlaf, den Appetit und fing an mit Selbstmordideen sich herumzutragen.

Aber bevor er seinem Leben ein Ziel setzte, wollte er noch sein Glück versuchen, sich einer Cur unterziehen, und suchte daher unser Spital auf. Die objective Untersuchung ergab: Patient von mittlerer Körperlänge, kräftigem Baue, am Kopfhaare wenige Defecte. Die Form des Kopfes ist rund, die Schädelmaasse normal, keine Deformitäten an denselben, keine Zeichen von vorausgegangenen Traumen. Der Gesichtsausdruck ist sehr sympathisch und für den Patienten einnehmend. Die Beweglichkeit der Augen ist mittelmässig, die Pupillen gleichmässig und von mittlerer Weite, primäre und secundäre Reaction normal. Sehschärfe, Licht- und Farbensinn ebenfalls normal. Gehör-, Geschmack- und Riechorgane bieten weder im Bau noch in der Function irgend was Abnormes. Sensibilität und Motilität des Gesichts sind normal. An der Sprache des Kranken ist nichts Abnormes. Die Zunge ist feucht, röthlich, an derselben nimmt man keinen Tremor wahr. An der Brust keine nachweisbaren Anomalien. Am Abdomen mässiger Panniculus. Die Sensibilität an den unteren Extremitäten ist normal. Bei geschlossenen Augen geräth der Kranke in's Schwanken, aber bei der Aufforderung ruhig stehen zu bleiben, hört das Schwanken auf. Dasselbe macht sich beim Gehen des Kranken geltend. Zunächst macht er zick-zackförmige taumelnde Bewegungen und Abweichungen von der Gehrichtung, bei Befehl gerade zu gehen schwinden alle diese Störungen. An den Gelenken der oberen und unteren Extremitäten ist nichts Abnormes nachweisbar, sie functioniren ganz gut. Die Haut ist glatt, an derselben sind keine atrophische Stellen, keine Flecken, keine Narben wahrnehmbar. Die Lymphdrüsen sind nicht geschwellt. Am Skelett und Muskeln nichts Abnormes. Die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten sind zwar nicht erhöht, aber auch nicht herabgesetzt. Dasselbe gilt von den Muskel- und Schmerzreflexen. An der Wirbelsäule keine nachweisbaren Anomalien. Gegen leisess Beklopfen und leichte Temperatursteigerung nicht empfindlich. Bei Untersuchung der Functionsfähigkeit der Sphinkteren erwiesen sich dieselben als normal. Die subjectiven Be-

schwerden des Kranken sind oben erwähnt. In der intelektuellen Sphäre bietet der Kranke nichts Abnormes. Er klagt jedoch über Gedächtniss- und Verständnissschwäche. Während der Zeit der Untersuchung stellte sich Patient als ein ziemlich intelligenter, gescheidter Mann an, der ein nahezu gutes Gedächtniss aber sehr entwickelte Phantasie hat und etwas abergläubisch ist. Ich erlaube mir ein Ereigniss aus seinem Leben mitzutheilen, welches ihn bewog in unsere Abtheilung zu treten. Indem er sich krank fühlte und nahe dem Tode glaubte, entschloss er sich nach Odessa zu gehen, um bei Herrn Dr. O. O. Motschutkowski Hilfe zu suchen. Unterwegs aber gab ihm jemand Rath mich aufzusuchen. Diesen Rath hielt Patient für einen Fingerzeig Gottes und begab sich nach Charkow. In Charkow angekommen, beschloss er sich an drei ihm unbekannte Persönlichkeiten mit der Frage zu wenden, welchen Arzt er zu Rathe ziehen sollte. Am Bahnhofe frug er einen jungen Mann, wahrscheinlich einen Studenten, und dieser wies ihn an mich. Zum zweiten Male wendet er sich auf der Strasse mit derselben Frage an einen Vorübergehenden und bekam dieselbe Antwort, schliesslich bekam er im Hotel auf seine Anfrage wieder dieselbe Auskunft. Dies Alles bekräftigte ihn so sehr in der Meinung, dass ich dazu berufen sei, ihm seine Gesundheit wieder zu geben, dass als ich ihm in meiner Sprechstunde den Vorschlag machte, auf unsere psychiatrische Abtheilung zu treten, er mit grosser Bereitwilligkeit darauf einging. Mit demselben Pietismus vollzog er auch die Vorschriften von Herrn Dr. Aliexeeff, obwohl dieselben durch ihre Unausführbarkeit ihn zum Entsetzen brachten. Der Kranke brachte auf der Abtheilung 23 Tage zu, und ging dann vollständig geheilt nach Haus.

Beim Eintritt klagte er über Schlaflosigkeit, Schwindel, Schwäche und Unsicherheit in den Beinen, Lähmung derselben und des Unterleibs, Schmerzen im Rücken. Er getraute sich nicht vom Platze zu rühren. Und nun am zweiten Tage seines Eintritts in's Spital wurde ihm befohlen, Erde zu graben und einen kleinen Handwagen bergauf zu schleppen. Beim ersten Male gerieth der Kranke schon vor einem solchen Gedanken selbst in Entsetzen. Nachdem er aber einen ganzen Tag in dieser Weise gearbeitet hatte in Gesellschaft von jungen Leuten ebenfalls Neurasthenikern, schlief er darnach fest ein. Der Schwindel schwand auf der Stelle, der Appetit wurde vorzüglich, die Stimmung liess nichts zu wünschen übrig. Nur eines blieb noch: Schmerzen in den Gliedern, was auch natürlich war nach so schwerer Arbeit. Gleichzeitig wurde allgemeine Faradisation angewendet, dazu kräftige Nahrung und kalte Douchen auf den Rücken von der Dauer von 15″. Nach 23 Tagen solcher Behandlung ging Pater Johannes vollständig von der Tabes dorsalis genesen nach Haus und versprach mir nicht mit dem Buche in der Hand seine Arbeiter zu beobachten, sondern selbst denselben in ihrer Arbeit zu helfen.

Der eben beschriebene Fall bietet meiner Meinung nach ein Interesse nach doppelter Richtung hin.

1. Die Symptome der Tabes entwickelten sich bei unserem Kranken unter dem Einflusse des Gedankens und der Angst selbst an dem Leiden zu erkranken. In dieser Beziehung nähert sich der Fall der Einbildungsparaplegie. Im Allgemeinen glaube ich aber annehmen zu dürfen, dass der Fall zu der *Pathophobie* oder pathologischen Angst gehört.[1])

2. Bei der Behandlung solcher wie ähnlicher Krankheiten, z. B. Zwangsvorstellungen, Hypochondrie, Neurasthenie etc. sollen anhaltende mechanische Uebungen, wie z. B. Erd- und Feldarbeit eine hervorragende Rolle spielen. Besonders wichtig ist es auch, dass die Uebungen einen bestimmten greifbaren Sinn haben.

Den meisten Kranken dieser Art erscheint z. B. die Zimmergymnastik als eine lächerliche Spielerei.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Medicinische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 1. Juli 1885.

358) **Mendel:** *Syphilis und Dementia paralytica.*

Vortr. verbreitet sich zunächst über den Werth der Statistik in Betreff der Entscheidung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Syphilis und Dementia paralytica, für welch' letzteren er sich auf Grund seiner statistischen Erhebungen schon früher ausgesprochen hatte. Die neueren statistischen Ermittelungen über das Vorkommen von Syphilis bei Paralytikern differiren sehr, wie es sich auf dem Copenhagener Congress gezeigt hat; ein Theil sprach zu Gunsten der Anschauung des Vortr. Bei einer näheren Betrachtung muss man sich eingestehen, dass die Statistik der grossen Irrenanstalten nicht die vorstehende Frage zu lösen im Stande ist, da eine genaue Anamnese gerade bezüglich der Syphilis meist nicht aufzunehmen möglich ist aus verschiedenen Gründen. Etwas besser steht es in dieser Beziehung mit den Privatanstalten und es zeigen sich daher auch Differenzen in den Angaben beider, wie z. B. neuerdings in der Arbeit von Reinhard (Allg. Z. f. Psych. XLI. S. 532), welcher unter den Paralytikern der besseren Stände in Hamburg 75%, unter denen der mittleren und unteren Classen nur 16% Syphilis fand.

Vortrag. will daher von der Benutzung der Statistik ganz absehen und der Beantwortung der obigen Frage auf einem anderen Wege näher treten. Gegen die Einwände der Gegner bemerkt er, dass doch in 10% der Sektionsfälle von Paralysen syphilitische Produkte in

---

[1]) P. J. Kowalevski, Zwangsideen. Klinische Vorlesungen.

anderen Organen sich fanden und dass bei Hirnlues solche fehlen könnten, während der Einwand betreffs der Wirkungslosigkeit einer antisyphilitischen Behandlung der Paralyse allerdings berechtigt sei.

Vortrag. geht nun von seinen Versuchen in Bezug auf die mechanische Erzeugung von chronischen Hirnkrankheiten an Hunden vermittelst des Drehens und von der Aehnlichkeit der sich alsdann darbietenden Symptome, Paralyse und Demenz, mit denen der menschlichen progressiven Paralyse aus. Indem er weiter annimmt, dass leichtere Veränderungen des Blutdruckes zur Erzeugung derselben Krankheit genügen müssen, wenn das Gefässsystem des Gehirns alterirt ist, benutzt er zu neuen Versuchen an Hunden die Wirkung des Sublimates, welches die Gefässe des Hirnes durchgängiger macht, und zwar erhielt ein Hund täglich $^1/_2$ Spritze Sublimatlösung (0,025 : 50,0) einige Zeit lang, sodann wurde er mehrere Tage, wie bei den früheren Versuchen, gedreht und starb dabei unter paralytischen Erscheinungen; ein anderer Hund erhielt auch etwa 30 Tage Sublimat, wurde dann gedreht, worauf am 5. Tage sich Erscheinungen von Paralyse zeigten und der Tod am 14. Tage eintrat. Es ist nun die Frage, ob bei manchen Paralytikern nicht erst in ähnlicher Weise eine Erkrankung der Hirngefässe vorhanden ist, durch welche dieselben durchgängiger werden, und ob nicht bei so veränderten Gefässen akute Congestionen leicht einen Durchtritt von weissen Blutkörperchen etc. zu veranlassen im Stande sind. Für eine derartige Auffassung spricht das oft schon frühe Vorhandensein von Erkrankungen der Gefässwände bei Paralyse. Eine andere Frage ist nun noch, ob diese Erkrankung der Gefässe durch Syphilis hervorgerufen ist. Die syphilitischen und einfachen atheromatösen Prozesse sind nun nicht von einander zu unterscheiden, auch fehlen meistens am Gehirn sonstige syphilitische Veränderungen. Doch gibt es Fälle, in denen der syphilitische Ursprung der Gefässerkrankung sich nachweisen lässt, wofür Vortr. zwei Beispiele anführt (Psychosen mit Gefässerkrankung syphilitischer Natur bei jungen, nicht lange vorher syphilitisch inficirten Männern). In andern Fällen sind epileptiforme und apoplectiforme Anfälle, Augenmuskellähmungen vorübergehend vorhanden gewesen und deuten auf Lues. Was das zweite Moment betrifft, so ist die Congestion unter anderem durch gemüthliche Erregung, Ueberanstrengung des Hirns im Kampf ums Dahin bedingt (Untersuchungen von Mosso). Es wird also dadurch, dass die Syphilis die Gefässerkrankung verursacht und die Gemüthsbewegung etc. die Congestion hervorruft, die chronische Hirnerkrankung zu Stande gebracht. Aber auch andere Agentien (Quecksilber, Nicotin, Alkohol) können Gefässveränderungen bewirken, während Congestionen durch Trauma oder strahlende Wärme entstehen können. Therapeutisch ist das Ergotin am ersten noch zu empfehlen. Uebrigens hat der ältere Darwin schon Beobachtungen über das Drehen beim Menschen gemacht und seine therapeutische Anwendung in Erwägung gezogen.

In der *Diskussion* spricht Herr Westphal sich gegen einen Zusammenhang von Syphilis und Dementia paralytica aus. Er stimmt

dem Vortrag. bei in Bezug auf den Werth der Statistik, hebt aber demselben gegenüber die Seltenheit syphilitischer Produkte an den Leichen der Paralytiker hervor. Die 10% des Vortrag. sind entschieden zu hoch gegriffen, vielmehr ist es eine Ausnahme, wenn specifische Produkte gefunden werden. Man kann Adhäsionen der Hirnhaut für syphilitisch halten. Aber auch dieser Befund ist selten. Die Gefässerkrankungen sind im einzelnen Falle ohne specifischen Befund in anderen Theilen als syphilitische nicht sicher zu bestimmen. Die Syphilis hat mit der Paralyse ebensowenig und ebensoviel zu thun wie mit der Tabes. Im übrigen lassen sich noch andere Einwände machen gegen die Gefässtheorie des Vortragenden. (Weitere Diskussion aufgeschoben wegen vorgerückter Zeit.) Otto (Dalldorf).

Sitzung vom 22. Juli 1885.

Discussion über den Vortrag Mendel's: *Syphilis und Dementia paralytica.*

Moeli möchte die Hunde- und Menschenparalyse nicht ohne weiteres in eine Parallele gestellt wissen und verlangt den Nachweis der primären Erkrankung der Gefässe bei Paralyse. Im Endstadium sei eine Gefässveränderung vorhanden, jedoch müsse man berücksichtigen, dass bei sekundärer Degeneration im Rückenmark die Gefässveränderung auch das am meisten hervortretende sei. Ferner bemerkt er, dass bei Lues auch andere Psychosen verschiedener Art aufträten, dass die Therapie auf dieselben einen Einfluss habe und dass in diesen Fällen doch Gefässerkrankungen wohl nicht gänzlich fehlen dürften. Auch sei die Lokalisation der paralytischen Erkrankung keine so allgemeine im Gehirn und Rückenmark, was sich mit einer allgemeinen Gefässerkrankung nicht vereinigen liesse. Schliesslich nimmt auch er an, dass es Beziehungen zwischen Lues und Paralyse gibt, ohne dass er jedoch den Zusammenhang als durch die Gefässtheorie aufgeklärt anzusehen geneigt ist.

Westphal macht auf die Verschiedenheit der statistischen Angaben nochmals aufmerksam und warnt davor einseitig daraus Schlüsse zu ziehen. In Reinhardt's neuester Statistik seien ferner bei 170 Sektionen von Paralytischen nur ganz wenig Befunde von syphilitischer Erkrankung des Gehirns und seiner Häute gewesen. Endlich sei noch nicht der Beweis geliefert, dass die Durchlässigkeit der Gefässe bei den mit Sublimat behandelten Hunden an der geringeren Widerstandsfähigkeit der letzteren Schuld habe.

Mendel erwidert, die positven Angaben seiner und anderer Statistiken liessen sich nicht einfach zurückweisen. Zudem sei der Procentsatz der Syphilis bei anderen Geisteskrankheiten ein ganz geringer gegenüber dem bei Paralyse. Beziehungen zwischen beiden Krankheiten seien sicher vorhanden, womit er indess nicht gesagt haben wolle, dass die Paralyse eine syphilitische Erkrankung sei.

Die Art des Zusammenhanges müsse man noch offen lassen. Auch vermisse er eine gegentheilige Statistik. Im übrigen habe er bei galoppirender Paralyse schon frühe Gefässveränderungen konstatirt und dieselben oben erwähnt. Bezüglich der Sublimatwirkung lehne er sich an Popow's Arbeit (Virchow's Archiv Bd. 93) und bemerke noch, dass die mit Sublimat behandelten Hunde keine allgemeinen körperlichen Störungen oder Gewichtsveränderungen gezeigt hätten, dass mithin eine Allgemeinvergiftung bei ihnen nicht vorhanden gewesen sei. Zuletzt konstatire er noch, dass die Ansichten über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes sich allmälig zu Gunsten der letzteren bei einzelnen Forschern geändert hätten und mit der Paralyse werde es bald gerade so gehen. (Z. B. fand Bernhardt 1880 nur 40% Syphilis bei Tabes, 1881 45%, 1882 57%, 1884, 83%.)

Lewin will auch bei Tabikern in der letzten Zeit häufiger syphilitische Antecedentien gefunden haben. In Bezug auf Paralyse ist er zu keinem endgültigen Resultate gekommen. Dem gegenüber hat Remak keine progressive Steigerung des Procentsatzes der Syphilis bei Tabes in den letzten Jahren erhalten, vielmehr nur eine Erhöhung von 25% auf 33% und spricht sich gegen den Zusammenhang beider aus. Mendel gibt darauf die Zahlen Bernhardt's, welcher unter 125 Fällen von Tabes 46% Syphilis, unter ebensovielen Nichttabikern nur 15% Syphilis fand. Schliesslich bestreitet er nicht, dass syphilitische Veränderungen bei Paralytischen selten gefunden würden, Reinhard habe bei den 170 Fällen solche nur 12 mal konstatirt, er halte die Paralyse desshalb auch nicht für eine syphilitische Erkrankung, er nehme aber an, dass unter dem Einflusse der Syphilis Gefässveränderungen sich bilden, die eine Prädisposition zu Paralyse herbeiführen. Otto (Dalldorf).

---

359) **Moeli:** *Bemerkungen über die Pupillenreaktion.*

Im Anschluss an früher mitgetheilte Untersuchungen berichtet Vortrag. über die Befunde bei weiteren 1900 Geisteskranken, unter denen 400 zweifellos Paralytiker waren. Von letzteren hatten 47% keine Lichtreaction der Pupillen, 4% zeigten eine zweifelhafte und 7% eine minimale Reaction. Die Convergenz und Akkommodation waren in vielen Fällen nicht zu bestimmen wegen des geistigen Zustandes. Im allgemeinen wird, wie Vortrag. hervorhebt, zu viel auf die Weite und die Differenz der Pupillen geachtet gegenüber der Lichtreaktion. Während die Lichtreaktion schon früh erlischt, tritt das Westphal'sche Zeichen, welches bei 25% der paralytischen gefunden wird, erst später auf während des Anstaltsaufenthaltes. Von den nicht paralytischen Geisteskranken hatten abgesehen von den Tabikern nur 1,2% keine Lichtreaktion.

Es ist nun die Frage, wie weit die Bedeutung des Fehlens der Lichtreaktion geht. Vortrag. hat zu ihrer Beantwortung 51 Fälle, die ausser dem Fehlen der Lichtreaction keine paralytischen Erschei-

nungen boten, seit 1881 genauer verfolgt und hat folgendes gefunden: In einer Reihe von Fällen (14) trat Tabes auf, zwei davon waren circulär geistesgestört gewesen, in einer anderen traten sehr spät nach dem Erlöschen der Lichtreaktion paralytische Erscheinungen auf und bei zweien von ersteren war periodische Melancholie, bei einem dritten Verwirrtheit nach Scharlach und bei den vier andern Alcoholismus vorausgegangen. In eine dritte Reihe gehören 8 Kranken, bei deren Section sich Erweichungsherde, Atrophien und Hydrocephalus internus etc. fanden, während in der vierten Lues zu Grunde lag und ausser der Lichtstarre sonstige Lähmungen zum Theil vorhanden waren zum Theil fehlten. Bei einem Kranken war Lues und Alcoholismus vereint, die weitere Reihe betraf Alcoholisten, die in der Anstalt schon lange waren und keine Lichtreaktion zeigten, während bei weiteren drei Kranken nur zu gewissen Zeiten eine schlechte Lichtreaktion vorhanden war. Zur letzten Reihe gehörten 3 alte Verrückte, von denen einer vielleicht ausserdem Lues hat.

Zur Entscheidung der Frage, was dem Symptome des Fehlens der Lichtreaktion zu Grunde liege, geht Vortrag., da zweifellos die Augennerven und die Vierhügel nichts damit zu thun haben von den Angaben Bechterew's und Christiani's aus, dass die den Pupillenreflex vermittelnden Fasern durch die Wand des III. Ventrikels verlaufen, in dem er noch auf die von Kahler und von Westphal verröffentlichten Befunde von Sclerose des Ependyms bei Tabes hinweisst. Vortrag. untersucht nur die seitliche und hintere Wand des genannten Ventrikels an nach Exner und Weigert behandelten Schnitten. Er fand bei einzelnen Paralytikern einen Unterschied in der Fasermenge; überhaupt fand er aber an den seitlichen Wänden die Fasern schwächer entwickelt als an der hinteren. In einem nach der früheren Weigert'schen Methode behandelten Präparate fehlten fast alle Fasern unter dem Ependym, in einem anderen nach der neueren Weigert'schen Methode behandelten waren nur wenige Fasern vorhanden, in beiden Fällen war das Ependym verdickt. In einem dritten Falle (Tabes mit Myose) hatten die Fasern nicht abgenommen, waren vielmehr so stark entwickelt, wie in Fällen von Verrücktheit. Der erstgenannte Fall von vollständigem Fasermangel und Vorhandensein zahlreicher Spinnenzellen scheint mehr in's Gebiet der multiplen Sclerose zu gehören. Bei Paralyse findet sich nur in einzelnen Fällen eine Abnahme der Fasern, doch ist ein Zusammenhang mit dem Fehlen der Lichtreaktion nicht nachzuweisen. Indess darf man desshalb nicht das Gegentheil für erwiesen ansehen, da es sich jedenfalls um einen schwierigen Nachweis von Veränderungen seiner Bahnen handelt und manche Fälle für einen Zusammenhang des Fehlens der Lichtreaktion mit Ventrikelerkrankungen sprechen, wie der folgende vom Vortrag. demonstrirte Hirnbefund (Tumor im 3. Ventrikel bei einem Manne mit fehlender Lichtreaktion und Demenz), sowie ein anderer Fall (Traumat. Meningitis, Schwund der tangentialen Fasern der Hirnrinde, Hydrocephalus internus bei einem Manne mit Demenz, fehlender Lichtreaction und Convergenzveränderung der Pupille). In der *Discussion* theilt

Thomsen die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen mit. Unter 1400 Geisteskranken waren 241 Paralytiker, von denen 75% keine Lichtreaktion hatten. Von den 1158 übrigen nicht paralytischen Kranken hatten 1,5% fehlende Lichtreaction. Unter 191 Fällen von Paranoia fehlt 4 mal, unter 395 Alcoholisten 5 mal die betreffende Reaktion. Bei schwerer Kopfverletzung fehlt sie auch mehrmals, dagegen nicht bei gewöhnlicher Geistesstörung, Demenz, Idiotie, Epilepsie. Siemeling hat nach den Resultaten des Vortrag. nachstehende Ergebnisse bekommen und zwar unter 700 geisteskranken Frauen fehlte bei den 81 paralytischen 44 mal die Lichtreaktion, unter den nicht paralytischen Kranken 10 mal. Oppenheim hat bei syphilit. Herderkrankungen, sowie im Anschluss an Kopfverletzungen und Erschütterungen Fehlen der Lichtreaktion beobachtet. Uthoff erwähnt die Seltenheit angeborener Pupillenstarre, die besonders bei hereditärer Lues vorhanden ist. Aetiologisch ist bei gewöhnlicher Pupillenstarre in erster Linie an Tabes, dann erst an Paralyse zu denken, bei Combination mit Akomodationsstörungen ist Lues vorhanden. Jastrowitz erwähnt zwei Fälle letzterer Art und Sander theit eine Beobachtung mit von einseitigem Fehlen der Lichtreaktion bei einem Tumor im hinteren Theile des dritten Ventrikels, der hauptsächlich die eine Seite betraf. Otto (Dalldorf).

II. Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten zu Berlin.

Sitzung vom 13. Juli 1885.

360) **A. Lilienfeld:** *Krankendemonstration.*

L. stellt einen 26jährigen, neuropathisch belasteten Pat. vor, bei dem sich im Anschluss an Jahre lang getriebenen Alkoholmissbrauch vor nahezu 5 Monaten gleichzeitig mit dem Ausbruch eines Delirium alkoholicum eine hochgradige Coordinationsstörung der unteren Extremitäten einstellte, die derart war, dass Pat. weder zu gehen noch zu stehen vermochte und bei jedem Versuch sich aufzurichten sofort zusammenstürzte. Dabei fehlte jegliche Ataxie der Bewegungen bei horizontaler Lage. Dieser Funktionsstörung in den Beinen waren Schwächegefühl sowie ziehende Schmerzen vorausgegangen; es bestand ausserdem seit 14 Tagen eine doppelseitige complete Abducenslähmung. — Von weiteren Störungen stellten sich in nächster Zeit beiderseits eine Neuritis optica ein, ferner auf motorischem Gebiet Herabsetzung der groben Kraft, besonders in den Beinen, Lähmungen einzelner Muskeln (Strecker beider Daumen und des linken 4. und 5. Fingers), Paresen, Muskelatrophien, verbreitete Druckschmerzhaftigkeit (Ulnar., Median., Crural., Tibial. post., Peron.), und Veränderungen der elektr. Erregbarkeit. Dieselbe war für den faradischen Strom fast überall erheblich herabgesetzt, zeitweise vollständig erloschen. Auf der Höhe der Erkrankung bestand in einzelnen Muskeln Entartungsreaktion. Die Störungen der Sensibilität betrafen vorwiegend nur die unteren Extremitäten und bestanden in reissenden Schmerzen,

Parästhesien, Verminderung der Tast- und Schmerzempfindung, sowie der faradocutanen Sensibilität. Hervorzuheben ist die äuffällige Inconsequenz, welche die genannten Störungen hinzichtlich ihrer In- und Extensität unter einander darboten. So atrophirte bei nur geringer Funktionsbehinderung der linke Daumenballen sehr erheblich, es bestand Entartungsreaktion in nur leicht paretischen Muskeln (Tibial. ant., Extens. digit. brev.), während in den gelähmten Fingerstreckern die Reaktion für den galvan. Strom normal oder nur wenig herabgesetzt war. Von sonstigen Krankheitssymptomen sind zu nennen: stete Pulsbeschleunigung, geringe Fieberbewegungen in der ersten Zeit, Hyperhidrosis, Abnahme der Potenz. Das Kniephänomen war erloschen. Funktion von Blase und Mastdarm blieb normal.

Erhebliche Besserung trat schon nach wenigen Wochen ein. Psychischerseits blieb nur eine gewisse geistige Schwäche und Abnahme des Gedächtnisses zurück. Die Lähmung der Abducenten war schon sehr früh, etwas später auch die der Finger geschwunden. Auffällig verhielten sich die Coordinationsstörungen in den Beinen. Der Kranke vermochte zwar bald wieder zu stehen und auch zu gehen, doch war der Gang eigenthümlich steif und unsicher und zeigte grosse Aehnlichkeit mit dem Gang der Tabiker (Auswärtsrollen der Unterschenkel, starkes Strecken im Knie, stampfendes Aufsetzen der Füsse, Controlliren der Schritte mit den Augen). Ebenso war bei allen übrigen komplicirten Bewegungen der Beine, z. B. beim Besteigen eines Stuhls, die gestörte Coordination deutlich zu erkennen. Beim Augenschluss stellte sich lebhaftes Schwanken ein. Die Ataxie fehlte auch jetzt vollständig bei horizontaler Lage des Pat. Augenblicklich ist neben dem Romberg'schen und Westphal'schen Zeichen diese Coordinationsstörung noch das einzige hervorstechende Symptom, das der Kranke darbietet, doch hat auch nach dieser Hinsicht die Besserung in letzter Zeit wesentliche Fortschritte gemacht.

In der Epikrise begründet L. die auf *multiple Neuritis* (Entzündung in den Bindegewebsschichten der Nerven ohne wesentliche degenerative Atrophie) gestellte Diagnose und bringt den Fall in Parallele mit den analogen Krankheitsbildern, die G. Fischer, Löwenfeld, Déjérine u. A. in den letzten Jahren bei Trinkern beschrieben, und von denen der letztere post mortem ebenfalls nur Veränderungen in den peripheren Nerven bei völlig intaktem Hirn und Rückenmark fand, während F. und L. bei ihren nicht zur Sektion gekommenen Fällen — namentlich mit Rücksicht auf die Coordinationsstörung spinale Erkrankungen annehmen zu müssen glaubten. — L. betont noch die bei einem im übrigen leicht verlaufenden Fall hervorragende Betheiligung der Hirnnerven (Optici, Abduc., Vagi) und hebt die Bedeutung des Alkohols als — besonders im Hinblick auf die gleichzeitigen psychischen Alterationen — zweifelloses ätiologisches Moment in seinen wie in den genannten Fällen hervor, so dass er im Gegensatz zur gewöhnlichen, vielleicht infektiösen Form der multiplen Neuritis durch das Vorhandensein von psychischen und coordinatori

schen Störungen sich characterisirende spezifische Alkoholneuritis annimmt.

Therapeutisch steht in erster Linie die Entwöhnung von Alkoholgenuss. Ausserdem wurde im vorliegenden Fall Jodkali gegeben und der galvanische Strom angewandt.

Weitere Besserung, resp. völlige Heilung ist mit ziemlicher Sicherheit zu erwartan. (Autoreferat.)

III. Referate und Kritiken.

361) **F. Feri Tartu:** Sull' anatomia minuta dell' eminenze bigemine anteriori dell' uomo. (Ueber den feineren Bau der vorderen Vierhügel beim Menschen.) (Archivio ital. p. l. mal. nerv: 1885. 1.)

T. unterscheidet folgende Schichten an den vorderen Vierhügeln des Menschen:

1. Eine sehr zarte bindegewebige Schichte mit zahlreichen Bindegewebszellen: periphere Bindegewebsschichte.

2. Stratum zonale, eine periphere circa 65 μ dicke Schichte von Nervenfasern, in der sich keine Nervenzellen nachweisen lassen.

3. Peripheres Grau, cappa cinerea, eine concav-convexe graue Masse (über 0,5 Mm. Querdurchmesser) mit zahlreichen verschieden geformten, nicht sehr grossen Nervenzellen.

4. Eine Schichte, die meist noch zum grauen Kerne der Vierhügel gerechnet wird, die aber aus zahlreichen Faserbündeln und grossen Nervenzellen (ähnlich denen in den Vorderhörnern) besteht. Strato bianco cinereo superficiale. Die Verlaufsrichtung dieser Bündel ist im Ganzen der Längsaxe des Gehirnes parallel.

5. Eine Anzahl von Querbündeln, die nach oben in die hintere Commissur übergehen; sie werden von zahlreichen Radiärfasern gekreuzt; auch finden sich zwischen ihnen viele grosse Ganglienzellen. Strato bianco-cinereo profondo.

6. Centrales Höhlengrau.

7. Centrale Bindegewebsschichte (Ependym des Aquaeductes).

Obersteiner (Wien).

362) **Enrico Morselli:** Sulla Dinamografia e sue applicazioni al diagnostico dei disordini motorii nelle malattie nervose. (Ueber die Verwendung der Dynamographie für die Diagnose der Bewegungsstörungen in Nervenkrankheiten.) (Riv. sperim. di freniatir. 1884—1885.)

Die gebräuchlichen Dynamometer sind nur im Stand die absolute Kraftleistung einer bestimmten Muskelgruppe anzugeben; damit ist

aber die Leistungsfähigkeit dieser Muskeln nur ganz oberflächlich erkannt; es muss noch nach folgenden Punkten gefragt werden:

1. Fähigkeit der Muskeln in dem erreichten Contractionszustande zu verharren.

2. Coordination der einzelnen Muskeln, welche bei einer bestimmten Bewegung zusammen wirken.

3. Uebergang aus dem ruhenden Zustande in die Contraction und umgekehrt, namentlich auf die Zeitdauer bis zum Erreichen der maximalen Contraction.

Alle diese Fragen konnten nur auf graphischem Wege gelöst werden, und Morselli brachte daher seinen Dynamometer (von Regnier) derart mit einem Registrirapparate in Verbindung, dass die Curven der Muskelcontraction in bekannter Weise auf eine rotirende Trommel aufgezeichnet wurden.

Es wurden zuerst die Contractionscurven bei gesunden Menschen studirt und dann dieselben bei zahlreichen verschiedenen Nervenkranken (Cerebrale Hemiplegie, progressive Paralyse, Hinterstrangsklerose, alcoholische Pseudoparalyse, Paralysis agitans, progressive Muskelatrophie, disseminirte Sklerose, diffuse Gehirnsklerose, Chorea, Schreibekrampf, Tremor senilis und alcoholicus, Neurasthenie) geprüft.

Die mittelst des Dynamographen bei Gesunden erhaltenen Curven gleichen den Curven, welche durch künstliche Reizung des Nerven eines Nervenmuskelpräparates am Myographion aufgezeichnet werden. Die pathologischen Contractionsformen sind für die verschiedenen Erkrankungen sehr characteristisch, so dass die Anwendung dieser Untersuchungsmethode im hohen Grade werthvoll erscheint. Die grosse Mannigfaltigkeit dieser Curven macht es unmöglich, hier auf dieselben näher einzugehen, namentlich da eine Beschreibung derselben ohne Zuhülfenahme von Abbildungen mit grossen Schwierigkeiten verbunden wäre. Obersteiner (Wien).

363) **Musso** e **Bergesio:** Influenza di alcune applicazioni idroterapeutiche sulla circulazione nell uomo. (Der Einfluss einiger hydrotherapeutischer Einwirkungen auf die Gehirncirculation.) (Riv. sperim. di fren. 1885. 1.)

Die Verfasser haben ihre Versuche an einem Individuum angestellt, dem in Folge eines Trauma ein Stück des knöchernen Schädeldaches fehlte, so dass sie nach der bekannten Methode im Stande waren, Schwankungen des intracraniellen Druckes direct zu messen.

Im heissen Bade sind zwei Perioden zu unterscheiden: die erste von 3—4 Minuten Dauer ist characteristisch durch verminderten Tonus der Gehirngefässe und durch rasch eintretende Gehirncongestion; darauf folgt die zweite Periode, in welcher bei Fortdauer des herabgesetzten Gefässtonus das Gehirn (bei vermehrter Pulszahl) anämisch wird; diese Erscheinungen der zweiten Periode bestehen auch nach dem

Bade noch einige Zeit hindurch fort. — Das Gleiche, nur in geringerem Grade, bewirken warme Fussbäder, während kalte Bäder nahezu die entgegengesetzte Wirkung hervorrufen. In letzterem Falle steigt allerdings anfänglich der intracranielle Druck in Folge des vermehrten arteriellen Blutzuflusses (bedingt durch verstärkte Herzaction) und vielleicht auch in Folge des erschwerten venösen Abflusses; in der zweiten Periode nimmt der intracranielle Druck noch bedeutend zu, die Pulswellen werden aber an Höhe auffallend geringer, was auf eine venöse Hyperämie schliessen lässt.

Kalte Eisblasen auf den Kopf applicirt, sollen die intracranielle Circulation gar nicht alteriren; ihre beruhigende und antiphlogistische Wirkung könnte daher grösstentheils nur auf Wärmeentziehung zurückzuführen sein. Obersteiner (Wien).

---

364) **H. Quincke** (Kiel): Ueber sogenannte „Chorea" beim Hund. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakolog. Bd. XIX. 1885.)

Im Anschluss an die Staupe entwickelte sich bei einem Spitzbastard folgender Zustand: Taktmässige Beuge- und Streckbewegungen an den Vorderbeinen, so dass das Thier im Stehen auf- und abschnellt. Wenn der Hund liegt sieht man, dass auch die Hinterbeine, Schulterblatt- und Nackenmuskulatur betheiligt sind. Kopf macht Drehbewegungen. Pfote gibt das Thier mit unsicherer Bewegung, wie ein Choreakranker. Die Zuckungen dauern in tiefer Morphiumnarkose fort, nach Chloralhydrat werden sie schwächer, während sie nach Aetherinhalationen verschwinden. Galvanisation der Wirbelsäule ist ohne Einfluss. Nach Rückenmarksdurchschneidung in der Höhe des drittletzten Brustwirbels zuerst rechts, dann vollständig quer, verschwinden die Zuckungen zuerst nur in der rechten, dann in beiden Hinterextremitäten; Kopf und Vorderbeine zucken stark (Temp. 38,3° in ano) 4 Stunden später (Temp. 40,8°) nach künstlich eingeleiteter Respiration und Durchschneidung des Markes in der Höhe des 3. Halswirbelbogens Zittern und taktmässige Bewegungen der Vorderbeine, doch schwächer und seltener wie früher. Hirn und Rückenmark zeigen makroscopisch nichts Abnormes. Mikrocop. Untersuchung wurde leider vereitelt. Der Zustand unterscheidet sich von der Chorea des Menschen durch die Gleichförmigkeit und Taktmässigkeit der Bewegungen und durch das Fortbestehen bei Ruhe aller Willensimpulse. Das Centrum der periodischen Krampfbewegungen ist im Rückenmark gelegen und zwar sowohl im Hals- wie im Lendenmark. Weitere Untersuchungen bei derartigen Thieren wären von grossem Interesse.

Goldstein (Aachen).

---

365) **L. Lehmann** (Oeynhausen): Osteokopische Neurosen. (Deutsche med. Wochenschrift Nro. 16. 1885.)

Verf. theilt 10 Fälle (sämmtlich bei Frauen) mit, in denen paroxysmenweise heftiger Schmerz in den Diaphysen der Röhrenknochen

und in den Flächen der breiten, platten Knochen statt hatte. Entzündung ward dadurch ausgeschlossen, dass der Schmerz Jahre lang Bestand hatte und kein anderer Ausgang erfolgte, auch waren keine für Entzündung sprechenden örtlichen Merkmale vorhanden. Die über den Knochen liegenden Weichtheile waren schmerzfrei. Die grösste Anzahl der Patientinnen war oligämisch. In einigen Fällen linderte resp. heilte das Oeynhauser Bad das Leiden.

Goldstein (Aachen).

366) **L. Lehmann:** Oeynhausen (Rehme) gegen Ischias. (Deutsche med. Wochenschrift Nro. 21, 1884 und Nro. 13, 1885.)

In den beiden Abhandlungen gibt Verf. einige kurz gehaltene Notizen über die Behandlung der Ischias und zum Ruhme der Thermalsoolen. Aber da die Behandlung, wie Verf. ausdrücklich betont, sich nicht auf Bäderverordnung allein beschränkt hat (was nur anzuerkennen ist, Ref.) sondern Electricität, Massage, innere und äussere Medikation zu Hilfe genommen wurde, so ist natürlich ein bindender Schluss für die alleinige Bäderwirkung nicht zu ziehen. Bei den in der ersten Abhandlung mitgetheilten 3 Fällen, bei denen beträchtliche Atrophie und hochgradig gestörte Lokomotion vorhanden war, schwand erstere nicht vollkommen. Auch Verf. macht die Erfahrung, die Ref. durchaus bestätigen kann, dass der Erfolg der Kur erst längere Zeit nach Beendigung derselben eintritt; der Trost einer Nachwirkung des Bades ist somit nicht ganz unbegründet.

Goldstein (Aachen).

367) **Th. Aschenbrandt** (Würzburg): Ueber den Einfluss der Nerven auf die Secretion der Nasenschleimhaut. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. 1885. Nro. 3.)

Die Arbeit knüpft an frühere Beobachtungen von Rossbach und dem Verf., sowie von Rossbach allein an. Die älteren Anschauungen über die Absonderungsvorgänge der Nasenschleimhaut, die Operationsmethode, die Histologie und Anatomie der Nasenschleimhaut, die Chemie des Nasenschleims können wir hier umgehen und uns direkt zu den Resultaten der Nervenreizung wenden. Die Ergebnisse der Reizung des Sympathicus ober- und unterhalb des Gangl. cervicale supremum waren durchaus negative, was mit Prevorst's, Nothnagel, Schiff in Uebereinstimmung steht. Das Gangl. cerv. supr. ist somit weder von vaso-dilatorischer noch von trophischer Bedeutung für die Nasenschleimhaut. Nach elektrischer Reizung des Gangl. spheno-palatinum jedoch wird das cavernöse Geflecht an der unteren Muschel viel voluminöser und auch an dem Septum ist die Gefässerweiterung ausgesprochen. Der nach Reizung des Ganglion Schleim hat die grösste Aehnlichkeit mit dem Submaxillarspeichel. Reizung des Nerv. trigeminus und zwar des Ram. spheno-palatinus bewirkt eine vermehrte Absonderung eines klaren, nicht fadenziehenden Schleimes. Es ist also

derjenige Nerv, welcher überhaupt die Schleimabsonderung der Nase auslöst, und geschieht dies durch feinste Endästchen, die direkt in Schleimdrüsen endigen. Aber auch *trophische* Fasern scheinen, wie sich aus Resectionsversuchen der Nerven ergibt, im 2. Aste des Trigeminus für die Nasenhöhle zu existiren.

Goldstein (Aachen).

---

368) **B. Baginsky** (Berlin): Ueber den Menière'schen Symptomencomplex und die durch Cerebral-Erkrankungen bedingten Gleichgewichtsstörungen. (Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nro. 5.)

369) **Moos** (Heidelberg): Antwort zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Benno Baginsky in Berlin: „Ueber den Menière'schen Symptomencomplex etc. (Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nro. 10.)

370) **Baginsky** (Berlin): Bemerkungen zu vorstehender Antwort. (Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nro. 10.)

In der ersten Arbeit tritt Baginsky gegenüber anderen Autoren, welche die Ursachen genannter Affektion in Erkrankung des Labyrinthes suchen, für die Ansicht ein, dass hierbei vielmehr Erkrankungen der Centralorgane die pathologisch-anatomische Grundlage abgeben; ob auch labyrinthäre Affektionen für sich allein ohne Mitbetheiligung des Gehirns dieselbe hervorrufen könne, sei bisher nicht durch unzweifelhafte Untersuchungen festgestellt.

Die beiden letzteren Aufsätze enthalten eine Polemik zwischen beiden Autoren über diese Ansicht.

Bastelberger (Eichberg).

---

371) **B. Remak** (Berlin): Drei Fälle von Tabes im Kindesalter. Aus Prof. Hirschberg's Augenklinik. (Berl. klin. Wochsch. 1885. Nro. 7.)

R. beschreibt 3 auf genannter Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle, bei denen die Patienten 12 Jahre (Mädchen) 14 und 16 Jahre (Knaben) alt waren. Aetiologisch wichtig, dass in 2 Fällen hereditäre Lues erwiesen, im 3. Falle sehr wahrscheinlich ist.

Sehr interessant endlich ist, dass in einem dieser Fälle der Vater des Patienten ebenfalls an Tabes leidet — Heredität?

Bastelberger (Eichberg).

---

372) **Charcot** (Paris): Hypnostisme et suggestion.— (Hypnotismus und psychische Vorstellungen.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 75.) Klin. Vortrag.

Er beweist, dass nicht allein Paralyse, sondern auch andere somatische Krankheitszustände psychische Vorstellungen (innere Wahrnehmungen, Einbildung, Ideen etc:) hervorzurufen vermögen, an einem 24 jährigen hystero-epileptischen Frauenzimmer, nachdem dasselbe in eine hypnotische Neurose versetzt ist, die drei deutlich zu unterscheidende Stadien auszeichnen. Obgleich das erste oder lethargische

ein tiefer Schlaf und ein gänzliches Darniederliegen des Denkvermögens characterisire, so macht sich doch die Einwirkung jenes ätiologischen Moments in Form leisester Berührung mit der Hand durch erhöhte Reflexthätigkeit und allgemeine Spasmophilie bemerkbar.

Das Hauptmerkmal des zweiten oder kataleptischen Stadiums bildet Erstarrung der willkürlichen Muskeln im contrahirten Zustande, aber mit erhaltener Biegsamkeit der Theile, deren naturgemässe Lage schon darauf hindeutet, dass der Geist auf gewisse Eindrücke reagirt.

Endlich im dritten oder somnambulen Stadium traten die Effecte der psychichen Vorstellungen deutlich zu Tage. Der Schlaf ist weniger fest, die Stellung der Glieder sowie das körperliche Verhalten normal, die schon früher vorhandengewesene Hyperästhesie der Haut abgerechnet, deren leiseste Berührung mit der Hand leichte Muskelcontraction bedingt. Pauli (Köln).

---

373) **J. Seymour** (Sharkey): On certain cases of disease of the central nervous system in which no naced-eye changes are found at the post-mortem examination. (Ueber gewisse Krankheiten des Nervensystems, welche bei der Section keine makroskopischen Veränderungen nachweisen.) (The Lancet. 6. Juni 1885.)

Ein letal verlaufener Fall, der intra vitam als hervorstechendstes Symptom Paralyse der Extremitäten darbot, sowie mehrere andere in das Thomas-Hospital aufgenommene gleichartige, deren causa mortis ebenfalls bei der Section nicht festgestellt werden konnte, gaben den Anlass, diejenigen Gegenden des Centralnervensystems, von welchen jene Motilitätsstörung gewöhnlich ihren Ursprung herleitet, einer genaueren mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen.

Als Resultate derselben ergaben sich in der Lumbal- und Dorsalgegend der Medulla hier und da eine geringe Vermehrung der Nervenkerne, die eine grössere sowohl in der grauen und weissen Substanz der cervicalen Partie war, sowie bei normalem Verhalten der Nervenzellen Zunahme von Leucocyten in einigen Gefässen, sodann in den parietalen Windungen des Gehirns Ausdehnung der Gefässe, deren Inneres weisse Blutkörperchen enthielt, und allgemeine Vermehrung jener Nuclei, während das Corpus striatum sehr markirte Zeichen der Entzündung zur Schau trug.

An diese Befunde wird nun die Frage geknüpft: Handelte es sich in allen diesen Fällen um eine einfache Entzündung des Gehirns?

Nach Ch. Elam würde die Antwort hierauf bejahend lauten, da er von einer acuten, idiopathischen, nicht mit Meningitis complicirten Entzündung des Gehirns als einer Krankheit spricht, die noch nicht erkannt und beschrieben ist, die mit Erbrechen beginnt und mit dem Tode endet, 36 Stunden bis 12 Tage dauert und die kein Coma und keine besondere Unterdrückung der intellectuellen Fähigkeiten begleitet.

Passt diese Beschreibung auf den vorstehenden Krankheitsfall, der einen wenige Tage vorher am Vorderkopfe gequetschten 6jährigen Knaben betrifft, so steht auch hiermit im Einklange die Angabe Meynert's, dass nämlich vom Corpus striatum motorische Fasern entspringen, welche der willkürlichen Bewegung dienen. Ref. — Pauli (Köln).

374) **S. Rosenstein** (Leiden): Ueber das Verhalten des Kniephänomens bei Diabetes mellitus. (Berl. klin. Wochenschr. 1885. Nro. 8.)

R. macht darauf aufmerksam, dass eine Reihe von nervösen Symptomen die Entwicklung der Zuckerruhr begleiten können, ja dass selbst in manchen Fällen diese in solcher Weise auftreten, dass man ohne Harnuntersuchung eine beginnende Tabes diagnostiziren würde, und führt dann noch weiter an, dass dies auch Althaus (Sclerosen des Rückenmarks etc.) angibt, und hervorhebt, dass einerseits manche Fälle von Tabes mit Glycosurie komplizirt sind und andererseits bei manchen Diabetikern diese nervösen tabesähnlichen Symptome dem Diabetes vorangehen. Althaus gibt nun für solche Fälle an, dass man das Fehlen des Kniephänomens als differenzial - diagnostisches Zeichen verwerthen könne. Nun hat aber Rosenstein durch 11 von ihm referirte Fälle den Nachweis geliefert, dass das Kniephänomen in einer Reihe von Fällen von Diabetes mellitus dauernd fehlte und sich auch nicht durch subkutane Strychnin - Injectionen hervorrufen liess, so dass auch dieses Kriterium in solchen Fällen nicht verwerthbar ist. Bastelberger (Eichberg).

375) **Carl Laufenauer** (Budapest): Hypnotische Anfälle im Anschlusse an eine hystero-epileptische Neurose. (Orvosi Hetilap 1885. Nro. 1.)

Nach Beschreibung seines Falles resumirt L. seine Beobachtungen:

Die Hystero-Epilepsie ist eine directe Folge der Verletzung, die am Scheitel sicht- und fühlbar war. Ovaralgia war zugegen, doch nur als Aura, da die gynäcologische Untersuchung negativen Befund ergab. Daraus und in Folge der Anamnese ist es gewiss, dass keine periphere und reflectorische, sondern eine centrale Hysteroepilepsie vorlag. Die antiquirte Bezeichnung „*Hysterie*“ sollte man fallen lassen, da die sexuellen Theile zumeist unschuldig an der Krankheit sind. Für derartige Zustände passt besser die Bezeichnung „*Asthenia nervosa*“.

Der hypnotische Schlaf vertrat in diesem Falle den längst bekannten epileptischen Schlaf. Die spontane Hypnose trat immer nach Anfällen ein, und dauerte einmal 100 Stunden hindurch. Erwähnenswerth ist, dass die Sistirung der den Schlaf herbeiführenden Reflexhemmung: *das Erwachen* auf keine Weise gelingt.

Bei den in Ungarn hypnotisirbaren hysterischen Kranken sind

die von Charcot gelehrten drei Stadien Lethargie, Catalepsie, Somnambulismus nicht zu beobachten. Wahrscheinlich ist die Erkrankung der grauen Substanz und der Reflexwege bei verschiedenen Kranken eine verschiedene. (Sollte sich aber diese krankhaft gestörte Reflexthätigkeit des Centralnervensystems nicht nur individuell, sondern auch *national* anders verhalten und etwaige Raçen-Specialitäten ergeben? Ref.)

Die Stimmgabel ist bei der Untersuchung der Hysterie — durch Erzielung der reflectorischen Krampf-Arten — ein wesentlicher diagnostischer Behelf.

Die farado- und galvanoelectrischen Muskelcontractionen sind an der anästhetischen Seite gesteigert, so dass nach Verf. dieses *Symptom der gesteigerten Reflexerregbarkeit parallel der Anästhesie an der kranken Seite* auch zur Diagnose beitragen kann.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

376) **Géza Faskas** (Klausenburg): Ein Fall von Polyneuritis. (Orvoc-természettudomángi Ertesitö. 3. Heft.)

Acute Lähmungen an allen 4 Extremitäten, welche zu Muskelatrophien führten mit Abnahme und Veränderung der Sensibilität ergaben nach einer gewissenhaften Differenzial-Diagnose das Bestehen der Leyden'schen *Polyneuritis*.

Da eine electrische Behandlung und Massage wegen der hochgradigen Hyperästhesie undurchführbar war, Jodkali, Paraldehyd unwirksam waren, versuchte F. am 9. Tage *Natr. salycilicum* zu reichen. 9 Gramm pro dosi. Darauf Schmerzen nachgelassen, Bewegung sichtlich gebessert. Salycildosen später auf 8—6—5 Gramm herabgesetzt. Der Gang besserte sich zusehends, Hyperästhesie nahm ab und die *Schnenreflexe kehrten zurück.*

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

377) **A. Robinson** (Manchester): On the nervous lesions produced by lead-poisoning. (Ueber die Nervenerkrankungen in Folge von Bleivergiftung.) (Brain, Januar 1885.)

Den Befund bei einem seit mehreren Jahren an Bleiparalyse der Extensoren leidenden Maler: hyaline Degeneration der feinen, die Nerven versorgenden Gefässe bei Fehlen sichtbarer Veränderungen der Nerven selbst und des Rückenmarkes, erklärt R. dahin, dass die Nerven nicht allein, wie alle übrigen Gewebe, der directen schädlichen Einwirkung des Bleies ausgesetzt seien, sondern überdies in Folge der Entartung der kleinen Gefässe der genügenden Ernährung verlustig gingen. Sichtbare Veränderungen zeigten sich demgemäss zuerst in den Nervenstämmen und deren pheripheren Endigungen. Matusch (Sachsenberg).

---

378) **H. Bennet** (London): Case, in which attacks of intermittent tonic muscular spasms, immediately followed by complete temporary paralysis, have frequently and periodically occuried during the cutire life of the patient, the health in the intervals being normal. (Ein Fall, in dem Anfälle von tonischen Muskelkrämpfen, unmittelbar von vollständiger temporärer Paralyse gefolgt, während des ganzen Lebens häufig und periodisch auftraten, bei normalem Verhalten in den anfallsfreien Zeiten). (Brain, Januar 1885.)

Die Ueberschrift enthält das Wesentliche des Falles. Die Anfälle des 17 jährigen Schwachsinnigen bestanden seit der Geburt und betrafen nicht immer die gleichen Muskelgruppen, waren in der Regel schmerzlos und traten mit Regelmässigkeit in jeder dritten Woche auf.

Matusch (Sachsenberg).

---

379) **James Ross** (Manschester): A case of multiple tubercular tumours. (Brain, Januar 1885.)

Die 24 jähr. Frau hatte im 2. Jahre einen Bruch des rechten Armes mit langer Eiterung und Abstossung von Knochenstücken erlitten, dann mehrere Abscesse in der rechten Kniegegend und vor etwa 4—5 Jahren wahrscheinlich Caries des rechten Fusses gehabt, die zur Amputation des Unterschenkels führte. Es stellte sich nach der Geburt des einzigen — gesunden — Kindes hartnäckiger Hinterkopfschmerz ein, der nach etwa 6 Monaten Lähmung des linken Augenlides, der linken Hand, des linken oculomotorius und Anaesthesie der inneren (ulnar) Seite des Ober- und Unterarmes und der 2 letzten Finger, sowie der Ulnarfläche des dritten folgten. Die Section ergab *keine* Tuberkel der Brust- und Bauchorgane, aber mehrere kleine in jeder foss. Sylv., einen grösseren am Ursprung der linken arter. f. sylv. und einen von der Grösse einer Erbse im linken crus cerebri. Ferner einige Tuberkel im Rückenmark, einen an der rechten Seite zwischen II. und III. Cervicalnerven, einen anderen links zwischen VII. Cervical- und I. Dorsalnerven, einen dritten über der Mitte der Lendenanschwellung. Der von R. versuchten Deutung des klinischen Befundes durch den anatomischen ist durch die Zahl der Tumoren wohl zu viel Spielraum gelassen.

Matusch (Sachsenberg).

---

380) **S. Thomson** (Oldham): Case of injury to right side of head, followed by complete paralysis of right arm. (Verletzung der rechten Schädelseite mit nachfolgender Paralyse des rechten Armes.)

(Brain, Januar 1885.)

M. hatte durch stürzendes Mauerwerk eine Wunde im oberen vorderen Winkel des linken Seitenwandbeines erlitten. Zuerst Bewusstlosigkeit, dann häufige Convulsionen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm. Aus einem mehrstündigem Collaps am dritten Tage kam er mit völliger Lähmung des rechten Armes zu sich. Die Convulsionen betrafen von da ab nur das Gesicht. Die 8 Tage nach der Verletzung

vorgenommene Trepanation war erfolglos. Bei der Section fand sich von der Wunde ausgehend eine Fissur schräg nach vorn bis ins linke Orbitaldach und eine zweite nach unten bis in das Felsenbein. Ueber der Mitte der vorderen Centralwindung war die Dura eingerissen und die Rinde etwa $^1/_3$ Zoll im Durchmesser zertrümmert.

Matusch (Sachsenberg).

---

381) **Ernst Moravcsik:** Ueber syphilitische Psychosen im Anschluss an 4 Fälle. (Orvosi Hetilap 1884. Nro. 45.)

Auf Grund mehrerer Beobachtungen meint Verf. behaupten zu können, dass bei den syphil. Psychosen die intensiven Kopfschmerzen und Schwindelanfälle eine wichtige Rolle spielen. Ferner, dass in den hyperämischen Stadien der Syphilis die mit Reizzuständen und Steigerung der geistigen und motorischen Functionen einhergehenden Formen: (Mania) gehobene Stimmung, erhöhtes Selbstgefühl, motorische, geistige Unruhe; in dem späteren, durch Anämie und Cachexie charakterisirten Stadium der Lues die depressiven Erscheinungen: (Melancholia) unmotivirte Furcht, Selbstanklagen, geistige Hyperalgesie, Verfolgungswahnideen ja selbst Selbstmordgedanken, Syphilidophobie, nihilistische, hypochondrische Verstimmung die gesammte Gedankensphäre beherrschen.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

382) **B. Otto** (Dalldorf): Ein Fall von Porencephalie mit Idiotie und angeborener spastischer Gliederstarre. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVI. 1. p. 214.)

Ein Resumé dieses sorgfältig beschriebenen Falles, der an Interesse gewinnt, weil die Diagnose intra vitam auf Porencephalie gestellt war, findet sich in einem Sitzungsbericht der Berliner Gesellsehaft f. Psych. dieses Centralbl. 1884 p. 294. Der jetzt vorliegenden Arbeit sind Zeichnungen beigegeben.

Langreuter (Eichberg).

---

383) **Ch. Pilgrim** (New-York): A case of spontaneous rupture of the heart. (Spontane Herzruptur.) (Americ. journ. of insan. Januar 1885.)

Sie betraf einen 69 jährigen Schwachsinnigen, potator strenuus. Ein Herzfehler bestand nicht, doch war das Herzfleisch in hohem Grade fettig entartet.

Matusch (Sachsenberg).

---

384) **J. Weiss** (Budapest): Die ätiologische Bedeutung der Epilepsie. (Orvosi Hetilap 1885, Nro. 12.)

Bei habituellen Epileptikern sind chronische, dauernde Psychosen die Norm, und zwar solche, welche auch ohne epilept. Antecedentien aufzutreten pflegen. Nicht der Character der Epilepsie ist bestimmend,

sondern der Gang und die Häufigkeit der Anfälle, welche *durch die Psychosen eine Aenderung erfahren.*

Bei vielen Epileptischen ist der typische Symptomencomplex der *paralytischen Geistesstörung* unverkennbar. Häufig beobachtet man auch das inhaltsreichere und wechselvollere Bild der typischen „*Verrücktheit*“ an ihnen.

Handelt es sich nun um „*Transformation*“ im Sinne Morels, oder sind solche Fälle „*combinirte Psychosen*“?

Verf. betont den *ursächlichen* Zusammenhang. Den *wiederholten* epilept. Insulten ist dieselbe ätiolog. Bedeutung zuzuschreiben, wie der Heredität, den Traumen oder anderweitigen Causalmomenten.

Alle epileptischen psychischen Störungsformen tragen von vornherein Charactere schwerer cerebraler Degenerescenz an sich. *Der ganze Gehirnmechanismus wird invalidirt.* Daher die Entwickelung von Psychosen mit schweren Symptomen, mit ungünstigem Verlaufe.

Die Ursachsmomente selbst prädisponiren nach einigem Bestande zu tiefgehenden Alienationen, zu schweren Degenerativ-Formen. *Ursache und Wirkung* fallen hier zusammen.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

385) **Ignácz Berger** (Budapest): Verfolgungswahn in Folge von Pneumonie. (Pester Medizinisch chirurgische Presse 1885, Nro. 18.)

Der nervös, furchtsame, gut situirte Beamte, 38 Jahre alt — der aus Diletantismus Malerei ausübt, — erkrankte am 6. April 1885 an Pneumonie. Die Lösung begann am 7. Tage. Am 5. und 6. Tage wurden je 3 Gramm Antipyrin zur Herabsetzung der hohen Temperatur verabreicht.

Es traten Wahnideen auf — Figuren am Plafond nahmen Gestalt und Form an, die ihn beschäftigten, erregten, plagten, so dass er davon ganz schlaflos wurde. Diese hielten auch in der fieberfreien Zeit an. Am 10. Tage der Krankheit grosse Vehemenz dieser mit Geschichten schon verknüpften Verfolgungsideen. Nach Morphiuminjectionen Tobsuchtsanfälle, wesshalb er auf die Beobachtungsabtheilung des Prof. Laufenauer transferirt wurde.

Von hier wurde er am 23. April, am 17. Tage der Erkrankung genesen entlassen.

B. meint, dass die hohen Temperaturen zur Störung der Function des Centralnervensystems führten, und dass diese deletäre Wirkung durch die erzielte materielle Veränderung im Gehirn nicht plötzlich verschwinden konnte, sondern die Ursache überdauern musste. (Wäre es nicht möglich, dass bei der Seltenheit solch' ausgebildeter Geistesstörungen bei Pneumonien — Pat. war kein Potator — nicht die Temperatur-Steigerung, sondern künstliche Herabsetzung durch Antipyrin die frühere psychische Schwäche beförderte? (Ref).

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

386) **A. J. Curt** (Philadelphia): Second report of the committee on Lunacy of board of public charities of the state of Pensilvania. Sept. 30. 1884. (2. Bericht des Comités für Irrenpflege in den öffentlichen Anstalten des Staates Pensilvanien.)

Der uns vorliegende Bericht enthält ausser einigen statistischen Tabellen, welche das Gewicht von Körper und Gehirn Geisteskranker betreffen, sowie einer chemischen Analyse aller denkbaren Nahrungsmittel, Einzelberichte der Provinzialanstalten über die Behandlungsweise der Kranken, ohne etwas wesentlich Neues zu enthalten; ferner eine kurze Beschreibung der gesammten öffentlichen und Privatirrenanstalten Pensylvaniens, mit besonderer Berücksichtigung der Lage, Einrichtung und des Wartepersonals.

Aus der Einleitung möge hervorgehoben werden, dass man die Errichtung einer besonderen Anstalt für geisteskranke Verbrecher für nothwendig hält, und zwar müsste eine solche Anstalt im Centrum des Staates liegen und Raum für 100 Kranke haben.

Das Maximum der in eine Pflegeanstalt aufzunehmenden unheilbaren Kranken sollte 2000 sein.

Die Anstalten sollten alle im Pavillonsystem gebaut und von Parkanlagen umgeben sein.

Endlich müsste in der Psychiatrie die exacte wissenschaftliche Untersuchung, namentlich die patholog. Anatomie, viel mehr berücksichtigt werden. In jeder Anstalt sollte ein patholog. Institut sich befinden, in welchem ein patholog. Anatom von Fach mit einem Assistenten angestellt werden könnte. König (Dalldorf).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, Volontairarzt, 1050 Mark, freie Station. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und freie Station. 3) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1. Juli, 1440 M. Anfangsgehalt und fr. Stat. Verpflichtung auf 2 Jahre. 4) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und freie Station. 5) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M. und freie Station. 6) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station.

Besetzte Stellen. Sachsenberg (Schwerin), III. Hilfsarzt, Herr Dr. Holtz aus Stralsund.

Ernannt. Herr Dr. Claus in Sachsenberg zum Medicinalrath.

Todesfälle. Professor Dr. O. Berger in Breslau. Professor Dr. Albrecht Budge in Greifswald. Regierungsrath Dr. Schlager, Director der Irrenanstalt in Wien.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. August 1885. Nro. 16.

INHALT.

I. Originalien. Prof. M. Bernhardt: Ueber Lähmungen des n. medianus. Ein Beitrag zur Pathologie peripherischer Lähmungen.

II. Original-Vereinsberichte. Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

III. Referate und Kritiken. Homén: Experimenteller Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Rückenmarks speciell mit Hinsicht auf die secundäre Degeneration. Koerner: Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlappen. Rosenbach: Ein Fall multipler neuritis. Poensgen: Mittheilung eines Falles von Lähmung bei Erfrierung. Sommerbrodt: Ueber Nasen-Reflex-Neurosen. Hoffmann: Zur Casuistik der trophischen Störungen bei der Tabes dorsalis. Engesser: Ueber einen Fall von schwerer Hysterie. Sée: Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Lehr: Die hydro-electrischen Bäder. Legrand du Saulle: Ueber den Werth thermometrischer Messungen bei Status epilepticus. Mathieu und Veil: Studien über gewisse neuropathische Oedeme. Mabille: Melancholie mit Albuminurie. Christian: Pachymeningitis mit paralytischen Symptomen. Roller: Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Heyden: Practische Beiträge zur Anwendung der Electricität bei Geisteskranken. Levy: Ein Fall von akutem, tödtlichen Irresein mit localisirten Krämpfen.

IV. Aus den Vereinen. Société de médecine zu Paris.

V. Tagesgeschichte. 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

VI. Personalien.

I. Originalien.

Ueber Lähmungen des n. medianus.

Ein Beitrag zur Pathologie peripherischer Lähmungen.

Von Prof. M. BERNHARDT.

I. Otto P..... war im November 1884 in eine Waschschüssel gefallen, durch deren Trümmer er sich eine Verletzung an der Volarseite des linken Vorderarmes ungefähr in der Mitte desselben und dicht oberhalb des Handgelenkes zugezogen hatte. Man sah dort am 19. Februar 1885 eine lineare, 3—5 Ctm. lange, quer über den Vorderarm fortlaufende Narbe. — Mit derselben sind die Sehnen speciell der Zeigefingerbeuger verwachsen, aber auch die Sehnen der übrigen langen Fingerbeuger sind durch ihren Zusammenhang mit der Narbe in ihrer Funktion gehindert: die Finger erreichen zwar die Vola, die Beu-

gung kommt aber nicht mit der Energie zu Stande, wie rechts an der gesunden Seite und vom Zeigefinger wird überhaupt nur die basale Phalange gebeugt: aufs deutlichste sieht man bei diesen Bewegungen ein nach abwärts Gezerrtwerden der Narbe. Der linke Daumenballen ist atrophisch, die vola manus aber nicht hohl, sondern eigenthümlich pamstig dick. Während das Nagelglied des Daumens gebeugt werden kann, fehlt jede Oppositionsbewegung dieses Fingers. Die drei ersten Finger fühlen sich bedeutend kühler an, wie der IV. und V. der linken oder die entsprechenden Finger der rechten Hand. An der Zeigefingerkuppe befindet sich ein oberflächlicher Substanzverlust, Folge einer ohne nachweisbare Ursache entstandenen und alsbald geplatzten Blase. — Das Ulnargebiet ist nach jeder Richtung hin intakt: Druck auf die Hohlhand ist empfindlich, Druck auf die Narbe nicht.

Fast unempfindlich und ohne Reaktion auf selbst tiefe Nadelstiche ist an der *Volarseite* die Nagelphalanx des Daumens und der ganze Zeige- und Mittelfinger (von diesen sind die basalen Phalangen weniger intensiv betroffen, als die mittleren und die Nagelphalangen), ferner die Radialseite des IV. Fingers (dieser wieder weniger, als der II. und III.); die basale Daumenphalanx ist wenig oder gar nicht an der Anästhesie betheiligt. Auf der *Rückenseite* ist der *ganze Daumen* frei von Sensibilitätsstörungen, *fast* verschont die basalen Phalangen des II., III. und die Radialseite des IV. Fingers: *schwer* afficirt (anästhetisch) die *Mittel- und Nagelphalangen* des II. und III. Fingers an beiden Seiten und dieselben Phalangen an der Radialseite des IV. Fingers.

Diese Unempfindlichkeit bezieht sich auf Nadelstiche, Temperaturunterschiede und den Reiz des elektrischen (faradischen) Pinsels, obgleich *sehr starke* Ströme Unbehagen hervorrufen; während die m. m. interossei und die Muskeln des Kleinfingerballens auf beide Stromesarten bei direkter wie indirekter Reizung reagiren, sind die Daumenmuskeln (den vom n. ulnaris innervirten adductor ausgenommen) auf stärkste indirekte Reizung mit beiden Stromesarten (von oberhalb der Narbe her) und bei direkter faradischer Reizung *nicht* zu erregen. Direkte galvanische Reizung ergiebt bei sehr mässiger Stromesstärke träge Zuckungen, bei denen die ASz den Ka Sz gleich sind.

II. Am 18. Februar 1885 war der Frau R . . . . . ein Glas mit der scharfen Kante auf die Volarseite des rechten Vorderarms dicht an der Gelenklinie von einer nicht bedeutenden Höhe herabgefallen und hatte eine kleine Wunde verursacht. Als ich die Dame 5 Wochen nachher sah bestand von Sensibilitätsstörungen *nur* eine Unempfindlichkeit an der Volarseite der Nagelphalanx des Daumens: *alle* anderen Finger und die Haut der Hohlhand und des Thenar waren normal empfindlich. — Was mich am meisten frappirte war die in Bezug auf Beugung der basalen Phalanx und Opposition *vollkommen freie Bewegung des Daumens* und das Fehlen von atrophischen Zuständen, während es mir damals *(nach 5 Wochen)* und weiterhin noch wochenlang nicht gelang, durch indirekte Reizung mit beiden Stromesarten und durch faradische der Daumenmuskulatur irgend welche Contraktionen der Daumenballenmuskeln zu erzielen, welche in *träger* Weise (ASz = Ka Sz) bei direkter galvanischer Reizung auftraten: alles dies im deutlichen Gegensatz zu den normalen Verhältnissen im linksseitigen Daumenmuskelgebiet. — Erst nach Wochen erschienen bei direkter Reizung mit starken faradischen Strömen noch immer sehr wenig ausgiebige Contractionen rechts: über eine Beeinträchtigung in der motorischen Funktion des Daumens wurde überhaupt nie

geklagt, sondern *nur* über das unangenehme „todte“ *Gefühl* an der Vola der Daumennagelphalanx.

III. Der 28 jährige Lithograph E. K. hatte sich *Ausgangs April* dieses Jahres beim zufälligen Zerschlagen eines Spiegels eine Verletzung des rechten Vorderarmes an der Beugeseite etwas oberhalb des Handgelenks in der Mitte zugezogen. Zur Zeit meiner Beobachtung *(Mitte Juni)* war die Wunde geheilt: es restirte eine etwa $8^1/_2$ Cm. lange, schmale Narbe. — Bald nach der Verwundung traten im II. und III. Finger (rechts) Schmerzen auf, denen erst später ein Gefühl von Vertaubung sich anschloss: ferner bestand kurze Zeit Schwellung aller Finger vom Daumen ab bis zum IV. hin, und waren damals die Bewegungen aller dieser Finger mehr oder weniger gehemmt. Am 12. Juni (6. Woche des Leidens) entstand plötzlich an der Volarseite der Mittelphalangen des III. Fingers eine schon nach 5 Tagen vollkommen wieder verschwundene Blase. Tags darauf (13. 6.) traten wieder 2 etwa erbsengrosse, mit leicht gelblichem Inhalte gefüllte Blasen, eine an der Volarseite der Nagelphalange des II. und an derselben Stelle auch des III. Fingers, auf: es bildeten sich nach der Schilderung des intelligenten Kranken erst weisse Flecken mit rothem Rand, auf denen die Blasen in etwa einer halben bis einer Stunde aufschossen: sie platzten öfter, um sich wieder zu füllen und heilten in 5—6 Tagen ohne deutlich sichtbaren Substanzverlust zurück zu lassen.

Was zunächst weiter die Störungen der Sensibilität betrifft, so liess sich folgendes eruiren. Während Patient (mit dem Leyden-Munk'schen Cirkel auf elektrocutane Sensibilität geprüft) an der Nagelphalange (Vola) des linken (gesunden) Zeigefingers bei 5,8 Ctm. Abstand der secundären Spinale von der primären das bekannte Gefühl des „Zingerns“, bei 3 Ctm. R.-Abst. Schmerz angab, empfand er an der entsprechenden Stelle rechts bei 0 Ctm. R.-Abst. nichts; an der Radialseite der Nagelphalange des IV. linken und rechten Fingers stellten sich die Verhältnisse wie 5,8 Rollen-Abst. zu 3,8; an der *Rückseite* der *Mittelphalangen* des II. (linken, gesunden) Fingers ergab sich das erste Auftreten elektrocutaner Empfindung bei einem R.-Abst. von 5,0 Ctm.; *rechts* an der kranken Seite an derselben Stelle erst bei 1 Ctm. R.-Abst. „Spuren“ von Empfindung. Sehr starke Berührungen (Druck) empfindet Patient auch am II. und III. rechten Finger, aber *sehr* viel undeutlicher als links; während links an den Kuppen des II. und III. Fingers bei 0,1 höchstens 0,3 Mm. Abstand die Spitzen des Weber'schen Zirkels als 2 empfunden werden, wird rechts selbst bei 1 Ctm. Entfernung immer nur eine Spitze wahrgenommen. Neben den *Rückseiten* des II. und III. Fingers (Nagel- *und Mittelphalangen*) nimmt an der Vola auch die Nagel- und Basalphalanx des Daumens an der Anästhesie Theil, sowie (wenngleich in geringerem Grade) die Haut über der Maus des Daumens: die Rückseite des Daumens ist in Bezug auf die Sensibilität durchaus normal.

Druck auf die Narbe erregt ein Gefühl von Zingern in den drei ersten Fingern, besonders dem Zeige-, weniger dem Mittelfinger; beide Finger fühlen sich bedeutend kühler an als der IV. und V. rechts, oder die entsprechenden Finger der linken Hand.

An dem Daumenballen kann auch die scrupulöseste Untersuchung keine Atrophie nachweisen: der Daumen ist nach allen Richtungen hin frei beweglich, kann mit sämmtlichen Fingern in Opposition treten, ohne dass deren Nagelphalangen sich zu beugen brauchen; Gegenstände werden mit dem Daumen und

Zeigefinger (durch den Druck der volaren Seite beider Nagelphalangen) so fest gehalten, wie links: es kostet dieselbe und nicht unbedeutende Anstrengung ein wie oben geschildert vom Daumen und Zeigefinger fest gehaltenes Bleistift dem Kranken zu entwinden, links wie rechts. Es versteht sich von selbst, dass bei der Lage der Wunde und Narbe alle sonstigen höher oben vom Medianusstamm und dessen Aesten innervirten Muskeln, insbesondere die flexor poll. longus und die anderen Hand- und Fingerbeuger durchaus in ihrer Funktion frei waren. Ueber die Funktion und elektrische Erregbarkeit der beiden ersten m. m. lumbricales konnte ich Sicheres nicht eruiren. Das Gebiet des n. ulnaris war durchaus intakt. Die elektrische Exploration ergab (1 Elektrode von 7½ Ctm. Durchmesser auf dem Brustbein; die Prüfungselektrode von 2 Ctm. Durchmesser:

Vom n. med. aus oberhalb des Handgelenkes links (gesunde Seite) bei 2,5 M. A. Ka Sz und ASz. Die Thenarmuskeln direkt gereizt: Ka Sz bei 1,9, und ASz bei 2,5 M. A. Vom Nerv und Muskel aus erfolgen deutliche Zuckungen (links) bei 6,8 Ctm. Rollenabstand (Sek. Spirale eines Schlittenapparats).

An der erkrankten Seite erzielt man weder von der Narbe aus, noch von oberhalb oder unterhalb derselben her auch bei 0 Ctm. Rollenabstand *(sehr starker Strom)* irgend eine Reaktion bei faradischer Reizung; resultatlos bleibt auch die direkte faradische Reizung; bei indirekter galvanischer Reizung erfolgt selbst bei 8,0 M. A. gar nichts: die direkte galvanische Reizung dagegen ergiebt bei 0,9 M. A. deutlichst ausgeprägte, träge Zuckungen: ASz = Ka Sz.

Selbst sehr starke faradische Ströme erregen bei der faradischen Behandlung der rechten Thenarmuskeln kaum eine Sensation in der Tiefe der Muskeln, wie solche selbst bei *sehr* viel schwächeren Strömen links sofort angegeben wird. (Verlust der elektromuskulären Sensibilität.)

Zum Schluss mag noch bemerkt werden, dass Patient bei correkter und normaler Federhaltung schnell und schön schreibt.

IV. Die 29jährige Vergolderin A. P . . . . . hatte sich am 4. April dieses Jahres dadurch dass sie in Glas gefallen war, 2—3 Querfinger oberhalb der rechten Handwurzel eine kreisbogenförmige, mehrere Centimeter lange Wunde zugezogen. Der n. medianus war offenbar durchtrennt worden. Das Gebiet des n. ulnaris war motorisch und sensibel durchaus intakt. Was zunächst die Sensibilität im Medianusgebiet betrifft, so bestand *tiefe* Anästhesie an der *Vola* an den Mittel- und Nagelphalangen des II. und III. und der Radialseite des IV. Fingers, sowie an der Nagelphalanx des Daumens; bedeutend vermindert, aber nicht *ganz* aufgehoben war die Empfindlichkeit an den *Basalphalangen* der drei ersten Finger und an der Radialseite des IV., ferner an der Haut über dem Daumenballen und dem angrenzenden Theile der Hohlhand. An der Kuppe des III. Fingers sah man eine Narbe, die durch eine von der Patientin *nicht* gefühlte, erst später *gesehene* Verbrennungswunde entstanden war.

An der *Rückenfläche* fand sich absolute Anästhesie an der ganzen Nagel- *und Mittelphalanx* des II. und III. Fingers und der Radialseite des IV.; wenig beeinträchtigt zeigte sich die Empfindlichkeit an den basalen Rückenflächen eben dieser Finger; ganz frei von Störungen war der Daumen und Handrücken. Der Zeige- und Mittelfinger waren glatt, glänzend anzusehen (glossyskin), kühl anzufühlen, nie (im Gegensatz zu den anderen Fingern) schwitzend. Druck auf die Narbe und oberhalb derselben ist unempfindlich; Druck unterhalb der Narbe auf den Nerven erzeugt schmerzhafte Empfindungen an der Basis des II. und III.

Fingers (an der Vola). Endlich gehört zu den Störungen der Sensibilität die Unempfindlichkeit der mit den stärksten faradischen Strömen erregten Thenarmuskeln. (Elektromuskulärer Sensibilitätsverlust.)

Hinsichtlich der *Motilität* besteht zunächst gar keine Behinderung in den Beugebewegungen des II. bis IV. Fingers, sowie in der Beugung der Nagelphalanx des Daumens, die Hand kann durchaus gut zur Faust geschlossen werden. Nur bei genauem Zusehen kann man an der „Maus" eine leichte Abflachung in der Gegend des m. abd. brevis wahrnehmen: von einer wirklichen Atrophie der Daumenballenmuskeln kann aber die Rede nicht sein. Sämmtliche Bewegungen des Daumens kommen frei und leicht zu Stande: der Daumen kann bis zum V. Finger hin mit allen Fingern zur Opposition gebracht werden, ohne dass deren Nagelphalangen gebeugt zu werden brauchen. Zwischen den Nagelphalangen des Daumens und des Zeigefingers werden Gegenstände wohl gehalten, wenn auch nicht mit derselben Kraft, wie links (oder wie im vorigen Falle des Lithographen Kayser). Alles dies d. h. kaum nachzuweisende Ernährungs- und Bewegungsstörungen in der rechten der verletzten Seite angehörigen Daumenmuskulatur konnten am 27. Mai, also etwas mehr als 7 Wochen nach der Verletzung nachgewiesen werden; an diesem Tage (und weiterhin ergab die *elektrodiagnostische Exploration:*

Links (an der gesunden Seite) erfolgten bei faradischer Reizung vom Nerv aus bei 7 Ctm. R. A., bei direkter Reizung bei 6 Ctm. R. A. die deutlichsten wirksamen Zuckungen der eigentlichen Daumenmuskeln: auf der rechten (kranken) Seite konnte durch sehr starke faradische Ströme (1—1/2 Ctm. R. A,) weder bei direkter noch indirekter Reizung irgend etwas erzielt werden.

Bei Applikation des Batteriestromes erfolgten links vom Nerven aus bei 2 M. A. Ka Sz, bei 3 M. A. (nicht deutliche) ASz; bei direkter Reizung erfolgte links eine kurze, blitzartige Zuckung bei 1,2 M. A. (Ka Sz); bei 3 M. A. ASz.

Rechts liess sich auch bei sehr hohen Stromstärken vom Nerven aus gar keine Zuckung erzielen; bei direkter Reizung der rechten Daumenmuskulatur erfolgte schon bei 0,6—0,8 M. A. träge, wunderschön wellenförmig ablaufende Zuckungen; ASz = Ka Sz.

Alles das verhält sich noch heute (20. 7. 1885) im Ganzen und Grossen ebenso.

V. Der 23 jährige Tischler Emil R . . . . . hatte sich am *1. März* dieses Jahres durch Fall in Glas eine 4—5 Ctm. lange, 3 Querfinger oberhalb des rechten Handgelenks gelegene, zur Zeit meiner ersten Untersuchung *(2. April 1885)* vernarbte Wunde zugezogen. Druck auf die Narbe erregte an Ort und Stelle Schmerzen, welche in den Daumenballen und den Daumen hinein ausstrahlten. Vollkommen gefühllos gegen tiefste Nadelstiche war die Haut des Daumenballens, die ganze Volarseite des Daumens und die ganze Radialseite des Zeigefingers; nur abgeschwächt war die Empfindung an der Ulnarseite des Zeigefingers; der III. und IV. Finger waren durchaus frei. Das Gleiche galt vom Rücken des Daumens: dagegen waren auf der Rückseite des Zeigefingers auch die Radialseiten der Nagel- *und* Mittelphalanx anästhetisch.

Die Nagelphalanx des Daumens kann nicht gebeugt werden (leider weiss ich zur Zeit, da Patient bald aus der Behandlung fortblieb, nicht mehr, ob dies durch eine Verwachsung des flexor poll. *longus* mit der Narbe, wie in Fall I.,

bedingt war); sonst aber kann R. mit den in *keiner* Weise als atrophisch anzusehenden oder anzufühlenden Daumenmuskeln sämmtliche Bewegungen, vor Allem die Opposition mit *allen* anderen Fingern prompt ausführen: dabei antworten die Thenarmuskeln weder vom Nerven aus oder direkt mit sehr starken faradischen (secundären oder primären) Strömen gereizt gar nicht, (dasselbe ist auch bei indirekter galvanischer Reizung der Fall); auf direkte galvanische Reizung erscheinen in deutlichster Weise träge Zuckungen, bei Kathoden-, wie Anodenschluss (3,5 M. A.).

Schon vor Jahren habe ich[1]) in verschiedenen Arbeiten darauf hingewiesen, dass neben der bekannten Vertheilung der Medianusäste an der Volarseite der Finger auch die *Rückenflächen* der Nagel- *und Mittelphalangen* des II. und III. Fingers und dieselben Phalangen auch an der Radialseite des IV. vom n. med. versorgt werden.— Ich habe es nicht für unnöthig gehalten, dieses Verhalten, wie es sich auch in den eben mitgetheilten Beobachtungen wieder zeigt, noch einmal zu betonen, da sehr competente Schriftsteller diese Thatsachen nicht so berücksichtigen, wie es geschehen muss. So sagt z. B. Seeligmüller[2]), dass sich bei Medianuslähmungen die Anästhesie auch über die Endphalangen des Zeige- und Mittelfingers (zuweilen auch des Daumens) erstreckt, erwähnt aber von den Mittelphalangen, bezw. dem IV. Finger nichts. Ganz das Gleiche gilt von der Strümpell'schen[3]) Darstellung (wenigstens in der vor mir vorliegenden Ausgabe von 1884). In seiner neusten Bearbeitung der Armlähmung erwähnt übrigens Seeligmüller[4]) auch der zeitweiligen Betheiligung der Mittelphalanx des Mittelfingers auf der Dorsalseite, lässt aber merkwürdigerweise den Zeigefinger (selbst für die Nagelphalanx, was er früher (siehe oben) zugab) ganz ausser Acht und erwähnt den IV. Finger nicht.

Auch bei den oben beschriebenen Medianuslähmungen sind in jedem einzelnen Falle die anästhetischen Bezirke nicht überall identische: dies ist natürlich begründet durch den Grad und die Ausdehnung der jedesmaligen Nervenverwundung: eine, ebenfalls früher von mir bei Medianusverletzung beobachtete Betheiligung der Nagelphalanx des Daumens an der Rückseite fand sich diesmal bei keinem der beschriebenen Fälle.

Während ferner im Allgemeinen beobachtet wird, dass bei Lähmungen pheripherischer Nerven die sensiblen Fasern ungleich weniger intensiv betroffen werden, als die motorischen, resp. ihre Leitungs- und Functionsfähigkeit bei weitem früher als diese wieder erlangen, verhält sich dies in unseren Beobachtungen fast umgekehrt. Abgesehen vom ersten Fall, der eine schwere Lähmungsform des n. medianus repräsentirt und sich durchaus so verhält, wie es für schwere peripherische Paralysen zur Genüge beschrieben und bekannt ist, zeichnen sich die übrigen durch das tiefere Ergriffensein der sensiblen Fasern vor den motorischen aus. Keiner der vier Patienten klagte über eine durch die Nervenverletzung gesetzte Bewegungsstörung: Die Functionen der Daumenballenmuskeln (in Bezug auf ihre motorischen Leistungen) hatten wenigstens nach der Ansicht der Kranken keinen Schaden erlitten. Geklagt wurde über die Unempfindlichkeit der Fingerpulpen

des Daumens, Zeige- oder Mittelfingers: diese war das Störende, das Hindernde im Beruf, weniger eigentliche Schmerzen, die auch nur im Beginn spontan auftraten, weniger auch die trophischen Störungen der Haut an den Fingern, die doch immer mehr oder weniger schnell vorübergingen. Also die altbekannte klinische Wahrheit von der grösseren Widerstandsfähigkeit oder der schnelleren Restitutionsfähigkeit der sensiblen Fasern bei Lähmungen peripherischer Nerven trifft für die obigen, auf traumatische Neuritis zurückzuführenden Medianuslähmungen nicht zu. Es steht das im Gegensatz zu den Ergebnissen der Lüderitz'schen[5]) Experimentaluntersuchungen über die Einwirkung des *Druckes* auf die motorischen und sensiblen Nerven, nach welchen sich das klinisch Bekannte bestätigend in der That eine bei weitem grössere Resistenzfähigkeit sensibler Fasern im Gegensatz zu motorischen ergeben hatte. Es steht das Fehlen ferner im Gegensatz zu der gerade bei Medianusverletzungen von verschiedenen namentlich französichen (Laugier, Nélaton, Richet etc.) Autoren hervorgehobenen schnell restituirten Leitungsfähigkeit für sensible Reize, sei es dass sie durch schnelle Wiedervereinigung der getrennten Medianusfasern durch die Nervennaht oder durch eine sensibilité récurrente oder suppléante bedingt war.

Aber das Interesse an *diesen* Erscheinungen tritt zurück hinter der Thatsache, dass wir (wie die electrische Untersuchung ergab) so tief geschädigte Muskelgebiete wie die der Daumenballenmuskeln (in den letzten vier Fällen) in ihren *motorischen* Funktionen so gut wie *intakt* sehen und zwar schon innerhalb der ersten 4 bis 6 Wochen nach dem Eintritt der Läsion. Es scheint mir kaum anzugehen, dass man der Hypothese Lüderitz's und anderer zustimmt, dass im peripherischen Nervenstamm neben den motorischen und sensiblen Fasern noch *besondere* trophische Fasern für die Muskeln verlaufen. Dass dieselben, wie Lüderitz dies für die Formen sogenannter leichter peripherischer Lähmungen vermuthet, sich durch eine grössere Widerstandsfähigkeit gegen mechanische Läsionen auszeichneu sollen, als die motorischen, diese Behauptung wird durch unsere Mittheilungen geradezu umgekehrt. Es wäre doch auch ein durchaus seltener Zufall, wollte man annehmen dass in vier verschiedenen Fällen von durch Trauma gesetzter Medianusläsion eben nur die trophischen Fasern (neben sensiblen) betroffen und die motorischen verschont geblieben sein sollten. Aber, so mag man fragen, ist es denn so auffallend, dass Muskeln, welche, wie eine electrische Exploration zeigt, sich im Zustande der Entartung befinden und deren Nerven durch keinerlei electrische Reizung erregt werden können, activ thätig sind? Wir wissen, dass dies in *späteren Stadien* (bei begonnener Regeneration) schwerer peripherischer Lähmungen vorkommt: wir wissen ferner, dass bei den sogenannten Mittelformen, der Lähmung der Zeit nach schon früher Aehnliches in die Erscheinung tritt, dass aber gerade bei dieser Lähmungsform die indirekte Erregbarkeit für beide Stromesarten, sowie die direkte faradische Contraktilität nie ganz verloren gegangen ist. Jedesmal indessen, wenn diese Erscheinungen beobachtet waren, hatte

auch eine längere oder kürzere Zeit andauernde *Lähmung* bestanden, und die *verloren gewesene* aktive Beweglichkeit war nach *wochenlangem Verschwundensein* erst **zurück**gekehrt.

Bei weiterer Umschau treffen wir nun aber Beobachtungen, wie sie zuerst Erb[6]), dann ich selbst[7]), Buzzard[8]), Kahler und Pick[9]), Kast[10]) und in allerneuester Zeit Remak[11]) mitgetheilt haben, dass *Entartungsreaktion auch in nie gelähmt gewesenen Muskeln constatirt worden ist.* Fälle von Bleilähmung oder sogenannter akuter oder subacuter atrophischer Spinallähmungen Erwachsener waren es, bei denen dies eigenthümliche Verhalten aufgefunden wurde. Es wäre an dieser Stelle wohl kaum angebracht, auf die Frage näher einzugehen, in wie weit durch die neuesten Forschungen die Zweifel über die peripherische oder centrale Natur der eben genannten Erkrankungen aufgeklärt und beseitigt worden sind: ja auch die Diagnose des letzten von Remak beschriebenen, als generalisirte Neuritis bezeichneten Falls wird von diesem Autor eben nur als wahrscheinlich hingestellt und die Möglichkeit noch ausserdem vorhandener, vielleicht multipler sklerotischer centraler Herde betont.

Von diesem Fall also ebenso wie von allen bisher bekannt gegebenen besitzen wir keinen Obductionsbefund, und vielleicht darf man sagen, dass selbst wenn wir solche besässen, die Zweifel nicht vollkommen gelöst zu werden brauchen, da sich wahrscheinlich *sowohl centrale*, in der grauen Rückenmarkssubstanz gelegene Veränderungen, als *auch peripherische*, den Nerven selbst zukommenden Alterationen finden werden, von denen es ungemein schwer sein dürfte, zu sagen, welche die *primären* gewesen seien. — Dem gegenüber bieten die oben beschriebenen Fälle schwerster Entartungsreaktion im Gebiete der Daumenballennerven- und Muskeln nach Trauma fast den Werth eines Experiments dar. Wir sahen schon in der 4.—7. Woche eine vollkommen freie, nach Aussage der Kranken selbst kaum in merklichem Grade, vielleicht nie gestört gewesene aktive Beweglichkeit in dem Gebiet eines ohne allen Zweifel durch eine Verwundung verletzten peripherischen Nerven. Es ist mir nicht bekannt, dass so schwere Störungen der Sensibilität und der Ernährung des Muskels bezw. so abnormes Verhalten electrischer Erregbarkeitsverhältnisse an Muskeln und Nerven mit so wenig oder, was mir wahrscheinlich, überhaupt nicht gestörter aktiver Beweglichkeit derselben Muskeln *in so frühen* Stadien bei schweren Verletzungen peripherischer Nerven beobachtet wäre. Ich selbst hatte wenigstens bis dahin Aehnliches nicht gesehen: immer waren Wochen und Monate vergangen, ehe derartige Erscheinungen sich zeigten; immer auch war die *„Lähmung“* als solche, die für Wochen bestehende Unmöglichkeit aktiver Willensbewegung nachzuweisen gewesen.

Aus den bei der genaueren Schilderung der einzelnen Fälle angegebenen Daten geht nun hervor, dass die Verwundungen des n. medianus (mit Ausnahme des ersten Falles) keine absolute Trennung sämmtlicher Fasern dieses Nerven bedingt hatte: Druck auf die Narbe oder unterhalb derselben löste meist excentrische Empfindungen in dem entsprechenden Verbreitungsbezirk des Nerven aus und bewies damit die

Möglichkeit sensibler Leitung durch die Narbe hindurch. Die Verwundung hatte eine grosse Summe von Fasern des n. med. durchtrennt oder dieselben so afficirt, dass sie in Entzündung gerathen sind; es entwickelte sich eine Neuritis, welche sich bis in die feinsten intramuskulären Nervenendigungen hinein fortgesetzt und eine Veränderung der Muskelsubstanz hervorgerufen hat, die als Myitis oder Myositis bezeichnet nach allen neueren Forschungen eben die Grundbedingung, das sine qua non der auftretenden muskulären Entartungsreaktion abgiebt. Nun kann es sein, dass nicht *alle* Medianusfasern durchschnitten worden sind, sondern dass eine Brücke erhalten bezw. ein geringer Faserantheil schnell wieder zusammengewachsen ist, so dass *dieser* die motorische Leitung wieder übernommen, oder auch vielleicht nie verloren hat: *Die electrische Erregbarkeitsverhältnisse aber bildeten sich aus, wie es bei Mittelformen oder schweren Lähmungen der Fall ist und* blieben nun *ganz unabhängig von der entweder stets frei gebliebenen oder schnell wieder restituirten motorischen Leitung bestehen*, wie dies durch Erb[12]), meine eignen[13]) und die neuesten schönen Gessler'schen[14]) Untersuchungen bekannt und nachgewiseen worden ist. Ich kann natürlich nicht behaupten, dass dies in den oben beschriebenen Fällen sich so verhält: dass es sich aber so verhalten kann, beweist eine neuerdings von Tillaux[15]) gemachte Beobachtung, welche ich mir erlaube zur Erläuterung des Gesagten kurz mitzutheilen.

Ein 33jähriger Mann hatte sich seinen linken n. medianus durch Fall auf Glas durchschnitten. Es bestand Anästhesie an der Volarfläche des Daumens, des II. und III. Fingers, am Thenar und der benachbarten Haut der Hohlhand: dieselbe Anästhesie bestand auch an der Rückseite der *beiden* letzten Phalangen des Zeige- und Mittelfingers. Im Ganzen und Grossen verhielten sich diese Dinge nach einem Vierteljahr noch ebenso: *kein* Muskel, der vom n. med. mit Fasern versorgt wurde, war gelähmt: l'éminence thénar avait conservé un certain relief: die Opposition des Daumens kam leicht, wenngleich weniger kräftig als rechts zu Stande.

Auf Wunsch des Kranken sollte die secundäre Nervennaht angelegt werden. Man fand das centrale Ende angeschwollen, das peripherische schmal, verdünnt: zwischen ihnen Narbengewebe. Beim sorgsamen Einschneiden auf Letzteres konnte man ein schmales Bündel neugebildeten Nervengewebes isoliren, welches sich zwischen die beiden Nervenenden hin erstreckte und die Continuität des n. med. herstellte. Man nähte nicht. — Ich unterlasse es*), des Weiteren über diese

*) Bemerkenswerth erscheint die Beobachtung der sensibilté retardée, der verlangsamten Empfindungsleitung, welche später bei diesem Fall zweifellos peripherischer Lähmung auftrat: ich selbst konnte in meinen Fällen von Medianusverletzung Aehnliches nicht constatiren, habe aber dasselbe Phänomen erst kürzlich bei einem Fall schwerer traumatischer Ulnarislähmung (bei Nadelstichen in den kleinen Finger) zur Zeit der wiederkehrenden Empfinduug beobachten können, Thatsachen, wie sie beanntlich von Erb (auch am n. ulnaris) und Westphal ebenfalls wahrgenommen worden sind. (Neurol. Centrbl. 1883 Nro. 1. und Nro. 3.)

noch nicht abgeschlossene Beobachtung (welche sich speciell auf die Sensibilitätsverhältnisse bezog) zu berichten: über die electrischen Erregbarkeitsverhältnisse der Daumenballenmuskeln ist leider nichts ausgesagt; genug, dieser Fall beweist, dass das von mir oben als möglich angenommene Verhalten am durch- resp. angeschnittenen n. med. wirklich vorkommt.

Und nun habe ich zum Schluss noch eine Bemerkung zu machen. In der Besprechung eines Falles sogenannter temporärer Form der akuten atrophischen Spinallähmung Erwachsener hatte ich [16]) neben andern Gründen ausgeführt, dass die bei dem Kranken *nach relativ kurzer Leidenszeit* angetroffene enorme Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit fast ohne Spur von Willenslähmung mir für ein centrales (poliomyelitisches) Leiden zu sprechen schiene, da bis dahin, so viel ich wusste im *Beginn und auf der Höhe* einer als peripherische anzusprechenden Lähmung derartige Verhältnisse nicht bekannt waren. Nach meinen obigen Auseinandersetzungen und Beobachtungen derartiger Vorkommnisse bei zweifellos peripherischen Nervenläsionen kann ich nichts anderes thun, als die Beweisfähigkeit meines damaligen Argumentes als erschüttert anzusehen.

Literatur.

[1]) Bernhardt: Ueber den Bereich der Sensibilitätsstörung an Hand und Fingern bei Lähmung des n. medianus. Arch. f. Psychiatrie etc. Bd. V. S. 555. 1875.

Idem: Neuropathologische Beobachtungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXII. S. 373. (Vgl. auch die unter meiner Leitung verfasste Dissertation von Schnitzer, Berlin 1876, refer. im Centr.-Blatt f. d. med. Wissensch. 1878. S. 190.

[2]) Seeligmüller: Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven etc. Braunschweig 1882. S. 275.

[3]) Strümpell: Krankheiten des Nervensystems. Leipzig 1884. S. 88.

[4]) Seeligmüller: Artikel „Armlähmung“. Eulenburg's Real-Encyclop. II. Aufl. Bd. I. S. 668. 1885.

[5]) Lüderitz: Versuche über die Einwirkung des Drucks auf die motorischen und sensiblen Nerven. Berlin 1880.

[6]) Erb: Ein Fall von Bleilähmung. Arch. f. Psychiatrie etc. 1875. Bd. V. S. 445.

[7]) Bernhardt: Berliner klin. Wochenschr. 1878. Nro. 18, 19. Ferner: Virchow's Arch. Bd. 78. S. 274. 1879.

[8]) Buzzard: Brain, I. S. 121. 1878.

[9]) Kahler und Pick: Beiträge zur Pathol. und path. Anat. des Centralnervensystems. 1879. Leipzig. S. 144 ff.

[10]) Kast: Dieses Blatt 1880. Nro. 8. S. 141.

[11]) Remak: Ein Fall von generalisirter Neuritis mit schweren elektrischen Alterationen auch der niemals gelähmten n. n. facialis. Neurol. Centrbl. 1885. Nro. 14.

[12]) Erb: Zur Pathologie und path. Anatomie peripherer Paralysen. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1868. Bd. IV. u. V.; ferner 1874. Bd. XV. S. 6.

[13] Bernhardt: Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XIV. 1874. S. 433. Ebenda: 1875. Bd. XVI.

[14]) Gessler: Die motorische Endplatte und ihre Bedeutung für die periphere Lähmung. Leipzig 1885.

[15]) Tillaux: Gaz. des hôp. 1885. Nro. 71 und 74.

[16]) Bernhardt: Virchow's Archiv 1883. Bd. 92. Verhandl. des Congresses f. Innere Med. Wiesbaden 1884. S. 147.

II. Original-Vereinsberichte.

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung vom 28. Juli 1885.

387) **Möbius** stellt einen Knaben mit *Hypertrophie der linken Körperhälfte* vor, welcher z. Z. in der medicinischen Klinik beobachtet wird.

Der 1876 geborene Knabe Karl B. stammt aus gesunder Familie. Zwei Geschwister sind gesund und vollkommen wohlgebildet. Die Geburt des Karl erfolgte nach normaler Schwangerschaft leicht und ohne Kunsthülfe. Schon bald nach der Geburt will die Mutter bemerkt haben, dass die linke Körperhälfte des Kindes stärker entwickelt war als die rechte und dass sich rechts wie links auf der Haut blauröthliche Flecke fanden. Das Kind entwickelte sich gut, zahnte, lernte laufen und sprechen zur gewöhnlichen Zeit. Im Alter von $2^3/_4$ Jahren wurde es in der hiesigen Districtspoliklink (Prof. Heubner) beobachtet und aus dieser Zeit stammt eine von Dr. P. Aly verfasste (nicht veröffentlichte) Dissertation, in welcher Karl B. beschrieben ist. Aus der Vergleichung des damaligen und jetzigen Zustandes ergiebt sich, dass die Differenz beider Körperhälften seit 1878 dieselbe geblieben ist. Auch im Uebrigen giebt die jetzt angestellte Untersuchung dasselbe Resultat im Wesentlichen wie damals.

Der Knabe ist von einer seinem Alter entsprechenden Grösse. Der Schädel ist nicht auffällig gross und symmetrisch (Längsdurchmesser 20,5, Querdurchmesser 16,5). Der Haarwuchs ist auf beiden Seiten gleich. Beide Stirnhälften und beide Augen lassen keine Differenz erkennen. Dagegen erscheint die Haut nebst dem Unterhautzellgewebe an Wange und Lippe deutlich dicker links als rechts, sodass der Anschein einer „dicken Backe“ entsteht. Auch die linke Ohrmuschel ist grösser als die rechte. Beide Kieferhälften erscheinen gleich gross, auch die Zähne sind rechts und links nicht wesentlich verschieden, nur findet sich links oben und unten neben dem 1. Backenzahn je ein Schaltzahn, während rechts keine Schaltzähne vorkommen. Die linke Zungenhälfte ist deutlich dicker als die rechte, die linke Mandel hypertrophisch die rechte nicht (die Gaumentheile zeigen, bei Aly, keinen Unterschied). Am übrigen Körper ist die linke Seite deutlich hypertrophisch gegen die rechte. Am auffal-

lendsten ist der Unterschied beider Hände. Die rechte ist wohlgebildet, die linke ist nicht nur grösser, sondern auch plumper und derber. Im folgenden seien einige Messungen mitgetheilt, in Klammern sind die von Aly genommenen Maasse zum Theil beigefügt.

Grösster Umfang des Oberarms	rechts	15	Cm.	(15)	links	17,5	Cm.	(17,5)
„ „ „ Vorderarms	„	17	„	(16)	„	20	„	(19)
„ „ der Mittelhand	„	15	„	(13)	„	18	„	(15)
„ „ d. 1. Daumenglied.	„	6,5	„			7	„	
„ „ des Thorax (in der Höhe der Brustwarzen)						61	Cm.	
Umfang der rechten Thoraxhälfte						30	Cm.	
„ „ linken „						31	„	

(Umfang in der Höhe des Proc. ensiform. 49 Cm., davon rechte Seite = 24, linke = 25 Cm.)

Umfang des Oberschenkels (10 Cm. über der Patella)	rechts	31	Cm.	(26,5)	links	32	Cm.	(27,5)
Grösster Umfang der Wade	„	24	„	(20,5)	„	25	„	(22)
Länge des Fusses	„	20	„	(13)	„	21	„	(14)
Umf. d. Mittelfuss.	„	21,5	„		„	22	„	

Die Differenz beider Seiten scheint wesentlich auf Rechnung der Weichtheile zu kommen. Eine deutliche Differenz der knöchernen Theile lässt sich nicht nachweisen. Die Arme sind vollkommen gleich lang, das linke Bein ist nur knapp um 1 Ctm. länger als das rechte. (Aly fand bei beiden Gliedern keine Differenz.) Hauptschuld an der Hypertrophie trägt wohl die grössere Dicke des Unterhautgewebes und der Haut selbst, doch scheint auch die Muskulatur der linken Seite stärker entwickelt zu sein, da die Kraft der linken Glieder zweifellos grösser ist als die der rechten (bes. auffällig bei Beugung und Streckung der Arme). Die Messung mit dem Dynamometer ergiebt rechts 15 Kgr., links 29, aber dieser Unterschied erklärt sich, wenigstens z. Th., dadurch, dass die grössere linke Hand das Instrument besser umfassen kann als die rechte.

Die Geschlechtstheile waren symmetrisch gebildet und normal.

Die Oberfläche der Haut zeigte, bes. bei kühlem Wetter, eine auffällige Marmorirung durch zahlreiche, verschieden grosse blauröthliche Flecken. Diese Flecken waren rechts viel zahlreicher und dunkler, als links, besonders war der rechte Arm von ihnen dichter besetzt als der linke, an welchem sie bei höherer Aussen-Temperatur ganz fehlten. Auch war der rechte Arm durchgängig etwas kühler als der linke. An Rumpf und Beinen waren die venös-hyperämischen Stellen nur schwach angedeutet. Das linke Ohr war meist etwas stärker geröthet als das rechte. (Diese Verhältnisse werden in gleicher Weise von Aly beschrieben.) Die grösseren Gefässe, der Puls der Carotis, Radialis, Cruralis, schienen beiderseits gleich zu sein.

Die Empfindlichkeit der höheren Sinnesorgane und der Haut war auf beiden Seiten eine gleich gute. Die Reflexe waren rechts und links dieselben. Die elektrische Erregbarkeit war beiderseits vollkommen gleich.

Das Kind war munter und geistig befähigt. Die inneren Organe zeigten durchaus keine Störungen.

In der Literatur sind bisher etwa 10 Fälle von angeborener halbseitiger Hypertrophie beschrieben (ausserdem einige wo nur eine Gesichtshälfte hypertrophisch war). Alle Fälle zeigen unter sich grosse Aehnlichkeit, und unwesentliche Differenzen. Meist ist das Bein stärker hypertrophisch als der Arm. Bald ist ausser der der Weichtheile auch eine Hypertrophie der Knochen nachweisbar, bald nicht. Bald zeigen die hypertrophischen Glieder vermehrte Kraft, bald nicht. Bald sind Ungleichheiten der Gefässvertheilung, der Secretion etc. vorhanden, bald nicht. In einem wurden sphygmographische Curven beider Seiten verglichen und gleich gefunden (Monod und Trelat). In einem Falle (Friedreich, Fall von halbseit. Hypertrophie des Gesichtes.) wurde die Section gemacht und nichts Auffälliges gefunden, das Gehirn war symmetrisch und erschien ganz gesund.

Ueber die Ursachen der halbseitigen Hypertrophie sind verschiedene Vermuthungen ausgesprochen worden, auf die einzugehen nicht der Ort ist. Der Vortr. will nur darauf hinweisen, dass kein rechter Grund vorhanden ist, das Nervensystem für die halbseitige Hypertrophie verantwortlich zu machen, wie es meist geschieht. Der Organismus wird von vornherein symmetrisch angelegt, ein Fehler in der ersten Anlage kann halbseitige Hypertrophie oder Atrophie zur Folge haben, ohne dass irgendwie ein nervöser Einfluss in Frage käme. (Autorreferat.)

III. Referate und Kritiken.

388) **E. A. Homén** (Helsingfors): Experimenteller Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Rückenmarks speciell mit Hinsicht auf die secundäre Degeneration. (Fortschr. d. Medicin Nro. 9. 1885.)

Vorliegende Abhandlung ist die Ausarbeitung eines auf dem Kopenhagener Congress gehaltenen Vortrages über: Les altérations histologiques et la marche de la dégénération secondaire de la moelle épinière. Verf. operirte 48 ausgewachsene Hunde, indem er meistens die Hälfte des Markes in der Gegend des letzten Rückenwirbel durchschnitt. Die Funktionsstörungen waren am ausgesprochendsten in den ersten Stunden und Tagen nach der Operation. Beiderseitige und einseitige Lähmungen der hinteren Extremitäten verschwinden progressiv; die Besserung geht am schnellsten vor sich, wenn der Schnitt nur den Seitenstrang und die nächst angrenzenden Theile der grauen Substanz und des Vorder- und Hinterstranges, ohne den innern Theil des Vorderstranges derselben Seite zu verletzten, getroffen hat, viel schneller, als wenn der Halbschnitt vollständig war. In Betreff der traumatischen Degeneration constatirte Verf. die von allen Autoren anerkannten Befunde. Um die secundäre Degeneration zu studiren, wurden die von Weigert angegebenen Färbemethoden in Anwendung gezogen. Die Topographie der Störungen entspricht der Hauptsache nach der von Schiefferdecker gegebenen Beschreibung. Schon bei Thieren, welche 4 Tage nach der Operation gelebt hatten, war die Alteration der Hinterstränge über der Rückenmarkswunde ausge-

sprochen. Bei Färbung mit Anilinblau, Picrocarmin oder Borax-carmin findet man bei starker Vergrösserung Spuren von ungefärbten oder fast farblosen Axencylindern oder nur eine farblose körnige Masse; ferner finden sich Fasern wo der Axencylinder schwach gefärbt, oder geschwollen ist. Myelin intakt; der rothe periphere Theil (bei den mit Fuchsin behandelten Präparaten), „der erytrophile Ring" erhalten. Besonders gute Resultate für das Angegriffensein des Axencylinders bieten die mit Säure-Fuchsin behandelten Präparate. Die Fälle von 7 Tagen zeigen dieselbe Veränderungen in höherem Grade, oberhalb des Schnittes jetzt Veränderung in den Seitensträngen, körniger Zerfall und Schwellung der Axencylinder. Es sind viel mehr Röhren alterirt, das Myelin ist mit von der Störung ergriffen, erythrophiler Ring z. B. enger. Verf. hebt ausdrücklich hervor, dass in allen Präparaten nie eine Röhre zu finden gewesen, in der nur die Markscheide oder ein Theil derselben ergriffen war, ohne dass gleichzeitig der Axencylinder erkrankt gewesen, wohl aber das Gegentheil statt fand. Im Mark der Thiere, welche 20 Tage gelebt haben, sind fast alle Röhren (namentlich in den Hintersträngen) ergriffen, ausgenommen diejenigen unterhalb der Wunde in den Seitensträngen. Man findet jetzt schon in den beschädigten Theilen amyloide Körper. Bei Thieren, die ein bis zwei Monate gelebt haben, sieht man in Fuchsinpräparaten keinen erytrophilen Ring mehr, der ganze Nervenquerschnitt bildet eine fast homogene kernige Masse. Die Neuroglia ist sichtlich verdickt. Bei Thieren, die 5—6 Monate gelebt haben, ist die Störung auch makroscopisch gut ausgesprochen. Wenig intacte Röhren, fast alles scheint aus einer Masse von Fäden und Körnern zu bestehen. Bei Fällen von 8—9 Monaten wird die Veränderung deutlicher, die Verdickung der Neuroglia ist etwas ausserhalb der Grenzen der gewöhnlichen Wege der secundären Degeneration zu verfolgen. In Betreff der Clarke'schen Säulen machte Verf. in einem Falle von 8 Monaten die Beobachtung, dass dieselben auf der linken, operirten Seite nicht so gut begrenzt schienen, wie auf der rechten, und dass sich eine Verminderung der mit Markscheiden versehenen Fasern und Atrophie der Zellen dort vorfand. Einführung eines Schrotkornes in den Wirbelcanal, Zerquetschung des Markes rief dieselben Erscheinungen hervor, wie die Durchschneidung. Der Vergleich mit entartetem Mark von Menschen zeigt, dass hier derselbe Process statt hat, vielleicht von dem Augenblicke an, wo die Neuroglia afficirt ist, mit mehr irritativem Charakter, da die Vermehrung der Kerne beim Menschen ausgesprochen ist. Der Vergleich zwischen frischen und alten Fällen zeigt, dass die Degeneration zunächst den Axencylinder betrifft, dann das Myelin in allmälig wachsender Ausdehnung ergreift und endlich auf die Neuroglia übergeht. In einem etwas vorgeschrittenen Zeitraum scheint sich eine Störung der Clarke'schen Säulen einzustellen, die der aufsteigenden Degeneration entspricht. Die Degeneration ergreift zuerst die Hinterstränge von unten nach oben, dann die Vorder-Seitenstränge nach unten und endlich die Kleinhirn-Seitenstrang-Bahnen nach oben.

Goldstein (Aachen).

389) **O. Koerner** (Strassburg): Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlappen. (Berl. klin. W. 1885. Nro. 17 u. 18.)

In dem ersten Fall bestand eine alte, zufällig bei der Obduktion (v. Recklinghausen) gefundene, auf den *linken* Schläfenlappen einer *rechtshändigen Person* lokalisirte Zerstörung, ohne dass Sprachstörungen oder Taubheit vorhanden waren. Der Defekt umfasste bei makroskopischer Betrachtung: die Spitze des gyrus occipitalis lateralis; die Spitze und die unteren Partien des vorderen Theiles der ersten Schläfenwindung; fast den ganzen vorderen Theil der zweiten; die ganze dritte Schläfenwindung. Der von der ersten Schläfenwindung noch übrige, makroskopisch anscheinend intakte Theil, zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung (Stilling) ebenfalls theilweise verändert, indem nur die hintere Hälfte intakt war, nach vorn jedoch auf eine Strecke von 6 Centimetern nur die graue Rindenschicht erhalten war, welche der fossa Sylvii zugewendet ist, während dagegen an die Stelle der Nervenfaserschicht bereits das den Grund des Defektes ausfüllende Gewebe tritt, nämlich ein faseriges zellenreiches Bindegewebe. Bei diesem enormen Defekte bestand keinerlei Aphasie und keine Taubheit.

Der zweite Fall betrifft eine grosse alte Zerstörung an der Unterfläche des *rechten Schläfen- und Hinterhauptslappens* einer ebenfalls *rechtshändigen Person*, die wahrscheinlich vor mehr als zwanzig Jahren zu Stande gekommen war. Dabei war nie Taubheit, wohl aber anfangs öfter vorübergehende Anfälle von Aphasie vorhanden.

Die Lokalisation des Defektes betraf die ganze dritte und ein kleines Stück in der Mitte der zweiten Schläfenwindung ferner den ganzen gyrus occipito-temporalis lateralis und den hinteren Theil des gyrus uncinatus; endlich war durch Atrophie der zugehörigen Markstrahlen auch die Rinde des gyrus-occipito-temporalis medialis ausser Funktion gesetzt. Bastelberger (Eichberg).

---

390) **P. Rosenbach:** Ein Fall multipler neuritis. (Westnik psichiatrii i nevropatologii 1885. I. russisch.)

Ein 37 jähr. Schuhmacher erkrankte ohne nachweisbare Ursache plötzlich mit Fieber und Durchfall; einige Wochen später, nachdem er sich von dieser Erkrankung erholt hatte, bemerkte er eine allmälig sich steigernde Abnahme der Muskelkraft an allen vier Extremitäten mit Abmagerung derselben. Nach 6 Wochen hatte sich vollständige Lähmung beider Beine eingestellt wodurch Patient bettlägerig wurde. Nach dreimonatlicher Krankheitsdauer wurde der Kranke in der Klinik von Prof. Mierszejewski mit folgendem *Status* aufgenommen: Ungemein stark ausgeprägte Atrophie der Muskeln an allen 4 Extremitäten, die Beweglichkeit der atrophirten Muskeln ist überall erhalten mit Ausnahme der Mm. peronaei, tibiales und crurales an beiden Beinen, welche vollständig gelähmt sind. Die Hautsensibilität (Tast- und Ortssinn) ist an den peripheren Theilen aller vier Extremitäten herabgesetzt, die Muskeln sind besonders an den Beinen gegen Druck em-

pfindlich, in den letztern beständige neuralgische Schmerzen, das Kniephänomen erhalten. Die elektrische Erregbarkeit war an den oberen Extremitäten trotz der bedeutenden Muskelatrophie fast unbeeinträchtigt, Zuckungen erfolgten in normaler Weise bei mittelstarker faradischer Reizung und galvanische Ströme gaben schon bei 2—3 Milliampère Zuckungen (Ka Sz), an den Unterextremitäten dagegen war sowohl die faradische, als auch die galvanische Erregbarkeit zum Theile gänzlich verschwunden, zum Theile bedeutend herabgesetzt, bei galvanischer Reizung waren z. B. 10—15—19 Milliampère's erforderlich um minimale Zuckungen auszulösen, Ea R wurde nicht beobachtet.

Patient blieb mehrere Monate in Behandlung ohne wesentliche Besserung des Krankheitszustandes. Hinze (St. Petersburg).

---

391) **Albert Poensgen** (Heidelberg): Mittheilung eines Falles von Lähmung nach Erfrierung. (D. med. W. Nro. 23. 1885.)

Der 20 j. Kranke hatte eine Nacht in betrunkenem Zustande im Freien auf der Erde (angeblich auf der rechten Seite) liegend zugebracht. Bei der Untersuchung (3 Tage später) fand sich die Muskulatur des rechten Unterarms geschwollen, hart und sehr empfindlich auf Druck. Die Kraft in den betreffenden Muskeln war sehr herabgesetzt, die Pronation leicht, die Supination activ sehr schwer, passiv sehr schmerzhaft, ebenso die Dorsalflexion der Hand und die Hyperextension der Finger. Die Sensibilität war an der Radialseite fast aufgehoben. Am Oberarm war nur der Biceps bei Quetschung und Dehnung empfindlich und in seiner Function herabgesetzt, die Sensibilität war hier normal. Aehnliche Veränderungen zeigten die N. peronei des rechten Beines. Die Sensibilität an der Aussenseite des rechten Unterschenkels war ebenfalls beeinträchtigt. Dabei Klagen über Schmerzen und Kribbeln im rechten Bein und Unterschenkel. T. 38,3. Im weiteren Verlaufe besserte sich die sensible Steigerung schnell und war nach 5 Tagen wieder verschwunden. Die Schwellung nahm nach 3 Tagen ab und machte einer Volumsverminderung gegen die andere Seite Platz. Die Functionsstörung oder Schmerzhaftigkeit der Muskeln beim Kneipen und bei Dehnung besserte sich gleichfalls, war nach 4 Wochen jedoch noch nachweisbar. Ausserdem hatten sich in den Muskeln härtere, besonders empfindliche Knoten entwickelt, die später flacher wurden. Eine 2 mal vorgenommene elektrische Untersuchung, die erste nach 14 Tagen, die zweite nach 4 Wochen — zeigte die Erregbarkeit der Muskeln für den Inductions-Strom beträchtlich herabgesetzt, für den galvanischen Strom normal, die Nervenleitung intact. — Was die Natur des Processes betrifft, so deutet ihn Verf. als Folge der *ischämischen* Kältewirkung, analog den von Leser beschriebenen Lähmungen nach dem Anlegen zu fester Verbände. Kron (Berlin).

---

392) **J. Sommerbrodt** (Breslau): Ueber Nasen-Reflex-Neurosen. (Berl. klin. W. 1885. Nro. 10 u. 11.)

Im Anschluss an seine Mittheilungen über diese pathologischen Zustände (ref. 1884 in Nro. 16) berichtet S. nun über Heilerfolge

durch die galvanokaustische Zerstörung der Schwellkörper der unteren Nasenmuschel. Unter anderen Affectionen wurden von 14 Fällen von Migräne 8 geheilt, — 4 Fälle davon sind genau publicirt — 1 gebessert, ferner 1 Trigeminus- und 1 Subraorbital-Neuralgie geheilt; dagegen ungeheilt 1 Fall von Tic convulsiv. „*Das punctum saliens bei der Operation ist gründliche Zerstörung der pathologischen Veränderungen an den Muscheln!*“ Dieselbe ist bei Anwendung einer 8% Cocainlösung meist ganz schmerzlos.

Bastelberger (Eichberg).

393) **J. Hoffmann** (Heidelberg): Zur Casuistik der trophischen Störungen bei der Tabes dorsalis. (Berl. klin. W. 1885. Nro. 12.)

H. publizirt eingehend drei Fälle von Tabes dorsalis; im ersten Falle hatte sich eine Spontanruptur der Achillessehne, im zweiten ein Ausfallen der Zähne mit Atrophie des processus alveolaris des Unterkiefers und im dritten eine tabische Arthropathie des Hüftgelenks entwickelt, welche Erscheinungen er auf trophische Störungen zurückführt.

Bastelberger (Eichberg).

394) **H. Engesser** (Freiburg i. B): Ueber einen Fall von schwerer Hysterie. (Berl. klin. W. 1885. Nro. 13 u. 14.)

E. beschreibt einen sehr interessanten Fall von Hysterie mit temporärer Amenorrhoe, Oligurie und Ischurie. Guter Erfolg der allgemeinen Faradisation. Knüpft daran Besprechung des Falles und der Theorien über das Wesen der Hysterie.

Bastelberger (Eichberg).

395) **G. Sée.** Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Union médical 1885.)

Um die Herzpalpitation zu bekämpfen giebt S. tinctura veratri viridis, 10—20 Tropfen drei bis viermal täglich durch Wochen und Monate. Gleichzeitig Hydrotheraphie. Er zieht die Tinctur dem Alkaloid vor weil die Wirkung, welche der Digitalis ähnelt, ohne in ungeeigneter Weise den Gefässdruck zu vermehren, länger anhielte.

Rohden (Oeynhausen).

396) **G. Lehr** (Nerothal-Wiesbaden): Die hydro-electrischen Bäder. (Mit 21 Holzschnitten. 102 Seiten. Wiesbaden bei Bergmann 1885.)

Vorliegendes Werkchen ist die Ausarbeitung eines auf dem zweiten Congress für innere Medicin gehaltenen Vortrags. Im Gegensatze zu Eulenburg machte Verf. seine physiologischen Beobachtungen hauptsächlich im dipolaren galvanischen Bade; die von dem grundlegenden Werke E.'s abweichenden Resultate sind denn auch meistentheils aus der abweichenden Versuchsanordnung entsprungen. Uebrigens theilt L. an verschiedenen Orten auch seine Erfahrungen in Betreff der von

E. bevorzugten monopolaren Badeform mit. Während nämlich Eulenburg die sog. dipolare Form des hydroelektrischen Bades für *faradische* Bäder gelten lässt, erscheint ihm dieselbe für *galvanische* Bäder ihrem Wesen nach irrationell und für die Zwecke der therapeutischen Verwerthung, als einer Methode allgemeiner Galvanisation, von Grund aus ungeeignet. Hingegen behauptet Lehr, dass in dem monopolaren Bade E.'s die Dichtigkeit des Stromes in den Armen leicht eine solche Intensität erreiche, dass gewisse Stromstärken nicht mehr ertragen werden können, im dipolaren Bade seien dieselben nicht nur erträglich, sondern für gewisse therapeutische Zwecke unumgänlich nothwendig.

Von den physiolog. Untersuchungen erwähnen wir hier nur den Einfluss der electr. Bäder auf den Stoffwechsel. Die Resultate lauten:

1) Die dipolaren electrischen Badeformen übertreffen bei Weitem die monopolaren Bäder in Bezug auf die Beeinflussung des Stickstoffumsatzes im Körper.

2) Das dipolare faradische und das stabile galvanische Bad — Ka Kopf oder Füsse — steigert die Harnstoffausscheidung und beschleunigt daher den Gesammtstoffwechsel, das monop. Kathodenbad wirkt schwächer.

3) Die grösste Harnstoffvermehrung produciren die faradischen Bäder, die reichlichste Ausscheidung der sonstigen festen Bestandtheile bewirkt das dipolare galv. Bad mit der Anode am Kopf.

4) Dipolare galv. Bäder mit Stromwendungen ergeben zunächst eine Steigerung der Harnstoffausscheidung, nach längerem Gebrauche aber ebenso wie monopolare Anodenbäder eine Abnahme derselben.

5) Durch die allgemeine Faradisation ausserhalb des Bades wird ebenfalls eine Vermehrung des Harnstoffs bewirtkt, dieselbe bleibt aber weit hinter derjenigen zurück, welche durch faradische Bäder hervorgerufen wird.

Im therapeutischen Theile werden Indicationen und Contraindicationen besprochen. Für das farad. Bad sind Neurasthenie, Morb. Basedowii, Hemicranie, Tremor, Hysterie und Hypochondrie passende Krankheitsformen, während bei Gicht und Rheumatismus die galv. Form anzuwenden ist. Hochgradige Herzfehler contraindiciren die betr. Bäder. Die elektrische Douche, welche Trautwein ausführlicher beschreibt und von welcher dieser Autor gute Resultate hatte und deren Werth noch jüngst Eulenburg wenn auch nur *theoretisch* hervorhob (siehe Veröffentl. der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin. Balneol. Section 1885) ist nach Verf. nicht nur gänzlich entbehrlich, sondern auch ziemlich unwirksam.

Den Schluss des Werkchens, in welchem derjenige, welcher sich praktisch mit der Anwendung elektr. Bäder beschäftigen will, vielfache nützliche Winke findet, bilden ausführliche Krankheitsgeschichten, die Tabellen der Stoffwechselversuche und Pulskurven.

Goldstein (Aachen).

397) **Legrand du Saulle** (Paris): De l'état de mal épileptique.— Importance des constatations thérmométriques. (Ueber den Werth thermometrischer Messungen beim Status epilepticus.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 78.)

Verf. weist zunächst darauf hin, dass eine durch den internen Gebrauch von Kalium bromatum gebesserte Epilepsie in den Fällen, wo dieses Medicament ausgesetzt wird, meist schon 14 Tage oder später hiernach, also zu einer Zeit, wo sich davon keine Spur mehr im Urin zeigt, nicht selten unter der Form des drei bis neun Tage dauernden Status epilepticus d. h. in sehr kurzen Zwischenräumen auftretender Anfälle recidivirt und damit das Leben in hohem Grade gefährdet.

Sodann wird unter Zugrundelegung eines grösseren Beobachtungsmaterials hervorgehoben, dass unter diesen Umständen weniger die Zahl der Anfälle die Prognose zu einer infausten macht, als eine Temperatur von 40 bis 41 Graden, während eine niedrigere einen weiteren Abfall, Verschwinden des Stupor und Wiederkehr des Bewusstseins erwarten lässt.

Pauli (Köln).

---

398) **Albert Mathieu** und **Julien Veil** (Paris): Étude sur certains oedemes névropathiques. (Studien über gewisse neuropathische Oedeme.) (Arch. gén. de méd. Juni 1885.)

Die Wahrnehmung, dass gewisse Läsionen der Medulla sich durch doppelseitige Ichias und Arthropathien zu erkennen geben, legt den Gedanken nahe, dass diese Zeichen, welche wir auch nach grosser körperlicher Ermüdung, namentlich nach angestrengten Märschen, beobachten und als subacuten Gelenkrheumatismus oder als reumatoide Zustände aufzufassen gewohnt sind, ebenfalls von jener Stelle ihren Ursprung herleiten.

Ebenso thun dies auch die nicht selten in beiden Fällen auftretenden Oedeme, die, wahrscheinlich eine Folge einer vasomotorischen Störung, in der Nähe der schmerzhaften Gelenke, mit Vorliebe am linken Unterschenkel, ihren Sitz aufschlagen, mit dem Nachlass der Schmerzen wieder verschwinden, sich von den Herz- und Nierenödemen dadurch unterscheiden, dass Fingerdruck nur schwer eine sich rasch wieder ausgleichende Grube bewirkt, und welche dieselbe Bedeutung haben, wie anderweitige bei der Ataxie beobachtete krankhafte Processe der Haut, in erster Linie Herpes, sodann Petechien (Strauss), Ichthyosis (Ballet), circumscripte Hyperhidrosis (Ollier).

Pauli (Köln).

---

399) **Mabille** (Lafond): Lypémanie avec Albuminurie. (Melancholie mit Albuminurie.) (Ann. méd. psycholog. März 1885.)

Bei einer 32 jährigen, sehr anämischen, melancholischen Dame, welche mehrfach Exacerbationen der geistigen Störung mit triebartigen Handlungen zeigte, bestand eine Wechselbeziehung zwischen den

Verschlimmerungen des psychischen Zustandes und dem Albumingehalt des Urins und die eintretende Besserung ging mit dem Verschwinden des Eiweissgehaltes Hand in Hand. Da Formbestandtheile, welche der Nephritis zukommen, fehlten, dagegen Blutkörperchen im Urin zu finden waren, so möchte M. eine Bluterkrankung annehmen.

Otto (Dalldorf).

400) **Christian** (Charenton): Pachyméningite avec symptômes de paralysie générale. (Pachymeningitis mit paralytischen Symptomen.)

(Ann. méd. psychol. März 1885.)

Bei einem schwachsinnigen, dem Alkohol ergebenen Manne, traten neben Verfolgungsideen Grössenideen sowie ein maniakalischer Zustand auf. Bei der Sektion fand sich Pachymeningitis interna chronica haemorrhagica.

Otto (Dalldorf).

401) **Roller** (Brake): Motorische Störungen beim einfachen Irresein.

(Allg. Ztsch. f. Psych. B. 12. H. 1. 1885.)

Die Erörterungen des Verf. ziehen nur die motorischen Störungen bei solchen Formen des Irreseins in Betracht, die *nicht* mit Krämpfen, Lähmungen oder atactischen Erscheinungen verbunden sind:

Störungen der Stimme. Veränderung der Innervation der Stimme ist beim einfachen Irresein sehr häufig. Bei Melancholischen fällt nicht selten ein gewisser Rhytmus auf, manchmal ein eigentlich singender Ton, besonders bei schweren Angstzuständen. Es kommt dann mitunter zu einem Sprechen, das wie ein Recitativ klingt. Bei mehreren weiblichen Kranken hat Verf. beträchtliches Tieferwerden der Stimme zur Zeit stärkerer Erregung bemerkt. Ferner werden angeführt der nasale Ton der Stimme bei einer erotisch erregten, mit Hallucinationen behafteten Paranoïschen, ebenfalls bei stärkerer Erregung. Bei verschiedener Art von Erregung, bei gedrückter, gehobener, gereizter Stimmung fällt oft, neben dem Lautwerden der Stimme ein gewisser unangenehmer, kreischender oder gellender Beiklang derselben auf. Er zeigt oft, auch ohne dass die Stimme erheblich lauter wird, gesteigerte Erregung an.

Störungen der Sprache kommen in vielen Fällen einfacher Seelenstörung zur Beobachtung: Stummheit, zeitweilig oder Wochen, Monate, Jahre lang anhaltend. Logorrhoe; dann qualitative Veränderungen der Sprache, Wortbildungen (eine Kranke hatte „schwindende Körpergefühle“, „Abwurfgefühle“ u. s. w.) temporäres Versagen der Sprache oder temporäre Einschiebung ungewöhnlicher oder neugebildeter Worte bei Erregung (emotive Sprachstörung). Eine solche Kranke gebrauchte dabei z. B. die Worte „Sie wollen mich zerschnirren, Sie wollen mich ergürgeln, bächen Sie nicht etc.“ Daran reiht Verf. die Betrachtung der *impulsiven Bewegungen und Handlungen:* z. B. das Anklammern der angstvoll Melancholischen, überhaupt die meisten Bewegungen bei

den als Manie oder Tobsucht bezeichneten Aufregungszuständen. Viele der auffallenden motorischen Erscheinungen bei chronischen psychischen Schwächezuständen. *Paradoxe Bewegungen und Handlungen:* z. B. lustiges, maniakalisches Treiben bei schwermüthiger Stimmung, wofür mehrere Beispiele mitgetheilt werden. *Alienirte Bewegungen und Handlungen*: dieselben erfolgen anscheinend automatisch und gehen gegen die Willkühr, als dem Bewusstsein fremd von Statten. Hierher gehören gröstentheils die Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen. *Innervation der Antagonisten* oder dadurch bedingte Hemmungserscheinungen. *Durch Hallucinationen veranlasste Bewegungen:* Die motorische Reaction erfolgt in solchen Fällen unmittelbar blitzartig auf die Hallucination (motorische Entladungen mit epileptoider Heftigkeit), so dass die Frage aufgeworfen werden kann, ob hierbei nicht die direkte Reizübertragung von dem die Hallucination producirenden sensorischen Centrum auf das motorische anzunehmen sei. *Motorische Störungen bei jungendlichen Kranken:* die auffallende, in diesem Alter häufige motorische Action wird anscheinend vielfach als choreatisch gedeutet. Es folgt nunmehr die Erörterung der *Einwirkung der motorischen Thätigkeit auf das Bewusstsein:* z. B. Die Erzeugung oder Steigerung psychischer Erregung durch forcirte Muskelthätigkeit etc.

Kron (Berlin).

---

402) **Heyden** (Endenich): Practische Beiträge zur Anwendung der Electricität bei Geisteskranken. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. H. 1. 1885.)

Bei der Galvanisation des Kopfes wurde die stabile Längs- und Querleitung (absteig. Strom) angewendet. Bei der ersteren wurde die Anode auf die Stirn, die Kathode auf den Nacken gesetzt, bei der letzteren wurden die beiden Electroden hinter den Ohren aufgesetzt und zwar 3—5 Minuten lang bei 3—8 Elementen des Stöhrer'schen resp. Spamer'schen Apparates. Begonnen wurde gewöhnlich mit der nach des Verf.'s Erfahrungen weniger empfindlichen Quergalvanisation. Ausserdem kam die allg. Faradisation und Galvanisation in der Weise zur Anwendung, dass die Anode in den Nacken oder Rücken gesetzt wurde während die Kathode in Wasser von 36—38° C tauchte, in welchem die Füsse des Pat. bis zur Höhe der Waden standen. Die Galvanisation des Kopfes wurde vorgenommen an 9 Paralytikern, 2 Melancholikern, 1 Fall von periodischem Irresein, die allg. Galvanisation resp. Faradisation bei 3 Melancholikern, die Galvan. des Symp. in einem Fall von hochgradiger Verrücktheit. Ausserdem kommen noch 11 Fälle in Betracht, bei denen es sich um mehr locale, mit der Psychose jedoch mehr oder weniger in Zusammenhang stehende Beschwerden handelt. Bei den Paralytikern zeigte sich in allen Fällen von mehr als halbjähriger Dauer keinerlei Einfluss, in einem von 2 verhältnissmässig frischen (3 Monate langen) Fällen vielleicht eine günstige Einwirkung. Bei 3 nicht zu lange bestehenden Melancholien zeigte sich Schwinden quälender schmerzhafter Sensationen und Besserung des psychischen Zustandes. Letztere ganz vorübergehend, resp. in

geringerem Grade bei einer veralteten periodischen Geistesstörung, resp. bei einer hypochondrischen Verrücktheit, während bei 3 anderen älteren Melancholikern mit beginnender geistiger Schwäche, bei einer Melancholie mit Selbstmordtrieb und Tendenz zur Verrücktheit sowie bei einer recidivirenden Melancholie mit Neigung zur Periodicität, obgleich in letzterem Falle quälende körperliche Sensationen eine erhebliche Verringerung erfuhren, eine Wirkung auf die Psychose nicht hervortrat. Ein günstigeres Resultat zeigte sich im Allgemeinen in den Fällen, wo es sich um locale resp. peripherisch hervortretende Innervationsstörungen aus centraler Ursache, speciell um mangelhafte resp. stockende Functionen im Gebiete des Urogenitalsystems handelte. (Menstruationsbeförderung in einem Falle, Besserung einer Incontinentia urinae, einer hartnäckigen Verstopfung in 2 Fällen etc. Von Wirksamkeit zeigte sich ferner auch die ganz locale Anwendung des electrischen Pinsels auf die Füsse bei mangelhafter Circulation. Was die Einwirkung auf den Schlaf betrifft, so wurde er nur dei 2 Paralytikern günstig beeinflusst. Kron (Berlin).

403) **Sebastian Levy** (Schönberg-Berlin): Ein Fall von akutem, tödtlichem Irresein mit localisirten Krämpfen. (Allg. Ztschr. f. Psch. Bd. 42. H. i. 1885.)

Den von Ludwig Meyer (Virchow's Archiv Bd. IX.) beschriebenen 3 Fällen acuter Psychose, die nach deprimirenden Gemüthsbewegungen entstanden, unter dem Bilde einer leicht nymphomanisch gefärbten Tobsucht aufgetreten waren und unter Fieber, Coma und Convulsionen rasch zum Tode geführt hatten, reiht Verf. einen Fall eigener Beobachtung an. Auch in diesem handelt es sich *nicht* um ein Delirium acutum der bekannten Form: Ein 19 j., bis dahin gesundes Mädchen hatte sich zur Zeit der Menses eine starke Erkältung zugezogen. Unter heftigen Kopfschmerzen entwickelte sich in Anschluss daran Tobsucht. Pat. lärmte, schwatzte alles durcheinander etc. Am dritten Tage trat ein mit Bewusstseinsverlust verbundener Krampfanfall auf, der rasch vorüberging. An den beiden folgenden Tagen traten diese Krampfanfälle, ausschliesslich an der linken Gesichtshälfte sowie am linken Arm localisirt, immer häufiger auf, der Sopor nahm mehr und mehr zu. Fieber trat auf, dazu auffallende Pulsbeschleunigung. Am 7. Tage vollständiges Coma, fast anhaltende Krämpfe im linken Facialisgebiet sowie im linken Arm, Steigen des Fiebers und der Pulsfrequenz. Zähneknirschen, leise Aufschreie, unwillkührliche Harnentleerung. Am 9. Tage zeitweilig Ausdehnung der Krämpfe auf sämmtliche Extremitäten, Schluckpneumonie. An demselben Tage Tod. Die Section ergab *im Gehirn keine irgendwelche auffällige Veränderungen*, dagegen hochgradiges Fettherz, starkes Aortenatherom, mässige Verfettung der Nieren, chronische Metritis, hochgradige cystöse oder fibröse Degeneration beider Ovarien. Kron (Berlin).

IV. Aus den Vereinen.

Societé de médecine zu Paris.

Sitzung vom 4. April 1885. (Union médical Nro. 65. 1885.)

404) **Charpentier** spricht über einige Krankheitsstörungen welche vorhandene Epilepsie andeuten können. Er erwähnt als solche Symptome plötzliche vorübergehende Taubheit, subconjuctivale Ecchymosen, ein Gefühl von innerlichem Zittern in der Brust, flüchtige viscerale Schmerzen, Erbrechen ohne Kopfschmerz, Contusions-Gliederschmerzen von kurzer Dauer, wiederkehrende gastrische Beschwerden. Bei allen diesen Beschwerden die häufig zur Entdeckung von Epilepsie führen, muss man eine genaue Beobachtung des Kranken einführen oder kann oft aus anderen Symptomen z. B. Durchfeuchtung des Kopfkissens mit Speichel, Bettnässen, unruhigen Schlaf auf Epilepsie schliessen. In Bicètre diagnosticirt er regelmässig aus Klagen über gastrische Beschwerden einen unbemerkt vorübergegangenen Anfall. Seltenere Zeichen der Epilepsie sollen sein: Erythema nodosum und laryngismus stridulus.

V. Tagesgeschichte.

Zur Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, die vom 18. bis 23. September d. J. in Strassburg i./E. tagen wird, sind aus unseren Fächern bis jetzt folgende Vorträge angemeldet:

Hr. Rosenbach (Breslau): Ueber Doppeltsehen als Symptom des Diabetes mellitus.

„ Stein (Frankfurt a/M.): Ueber die modernen elektrischen Masseinheiten und den Einfluss der neueren Elektrotechnik auf die Elektrotherapie.

„ Adamkiewicz (Krakau): Ueber Sclérose en plaques im Gehirn und Rückenmark nach einer neuen Untersuchungsmethode.

„ Schuster (Aachen): Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks in Folge von Syphilis.

„ Rumpf (Bonn): Ueber syphilitische Monoplegien und Hemiplegien.

„ Schultze (Heidelberg): Neuer Befund bei progressiver Muskelatrophie.

„ H. W. Freund (Strassburg): Ueber die feineren Veränderungen der Nervenapparate im Parametrium bei einfacher und parametritischer Atrophie.

„ H. Ranke (München): Ueber cerebrale Kinderlähmung.

„ Henoch (Berlin): Ueber diphtheritische Paralyse.

„ Kohts (Strassburg): Ueber Rückenmarkstumoren im Kindesalter.

Hr. H. Knapp (New-York): Ein Fall von Neuritis optica bei tödtlich verlaufener acuter Myelitis.
„ Binswanger (Jena): Ueber die pathologische Histologie der Grosshirnrinde bei Dementia paralytica.
„ Fürstner (Heidelberg): Ueber einige Erscheinungen nach apoplectischen und epileptischen Anfällen.
„ Grashey (Würzburg): Ueber die Bedeutung des Liquor cerebrospinalis für die Blutbewegung im Schädel.
„ Erb (Heidelberg): Demonstration von Präparaten von Dystrophia muscularis und von Thomsen'scher Krankheit.
„ Rumpf (Bonn): Ueber die Behandlung der Tabes.
„ Schultze (Heidelberg): Ueber die Porencephalie.
„ Stein (Frankfurt a. M.): Die Anwendung schwacher galvanischer Ströme in der Electrotherapie.
„ Smidt (Kreuzlingen): Ueber Psychosen bei Morphinismus und über die Wirkung des Cocains bei Morphiumentziehung.
„ Siemens (Ueckermünde): Zur Entstehung von Wahnideen aus Träumen.
„ v. Renz (Wildbad): Ueber Schwangerschaftslähmungen.
„ Hünerfauth (Homburg): Ueber Anwendung der Massage und Heilgymnastik bei Hysterie und Neurasthenie.
„ Freusberg (Saargemünd): Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen.
„ Kräpelin (Dresden): Ueber die Verwirrtheit.
„ Wille (Basel): Ueber das Verhältniss der Tabes zum Alcoholismus chronicus und über traumatischen Stupor.

Ausserdem haben von Gudden (München) und Westphal) Berlin) noch Vorträge angemeldet.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Leubus, Volontairarzt, 1050 Mark, freie Station. 2) Königslutter, Assistenzarzt für Mikroscopie und Electrotherapie, 1000 M. und freie Station. 3) Friedrichsberg (Hamburg), Assistenzarzt, 1440 M. Anfangsgehalt und freie Station, Verpflichtung auf 2 Jahre. 4) Eichberg (Rheingau), Volontärarzt, sofort, 600 M. und freie Station. 5) Heidelberg (psych. Klinik), Hilfsarzt, 2000 M. und freie Station. 6) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 7) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 8) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1 October, 1500M. und freie Station.

Druckfehler.

Der Autorname des Referates 361 ist **Tartuferi.**

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. September 1885. Nro. 17.

INHALT.

I. Referate und Kritiken. Bechterew: Untersuchungen über die Schleifenschicht. Allen Starr: Tinctionsmethoden für das Centralnervensystem. Putzel: Zur path. Anatomie der acuten locomotor. Ataxie. Demange: Ueber progressive tabische Contractur oder diffuse Sklerose vasculären Ursprunges, welche die strangförmige Sklerose vortäuscht und bei an Atheromatose leidenden Greisen vorkommt. Eulenburg: Ein Fall von fortschreitender musculärer Dystrophie (Hypertrophie mit Fettdegeneration und wachsartiger Degeneration) an den Unterextremitäten. Kahler: Casuistische Beiträge zur Lehre von der Aphasie. Brunton: A Text-book of Pharmacology, Therapeutics and Materia Medica. Remak: Ein Fall von doppelseitiger Lähmung des N. accessorius Willisii. Schapiro: Die Behandlung von Neuralgien mit Injectionen von Osmiumsäure. de Watteville: The cure of writers cramp. Derselbe: Further observations on the cure of writers cramp. Remak: Bleilähmung. Pohl: Das Hypnoscop. Obersteiner: Der Hypnotismus. Planet: Zustand von Hystero-Somnambulismus nach einer toxischen Dose von Campher. Gros: Beitrag zum Studium der Agoraphobie (Platzangst) und anderer Formen von „névroses émotives". Hamilton: Ein Fall von Myxoedem bei einem Manne. Carrier: Viscerale Complicationen bei allgemeiner Paralyse. Mayser: Zum sogen. hallucinatorischen Wahnsinn. Graf: Die Aetiologie der Paralyse nach den Erfahrungen auf der Männerabtheilung zu Werneck in den Jahren 1870—1884. Rey: Paraplegie auf alkoholistischer Basis. Heilung. Mabille: Paralyse traumatischen Ursprunges.

II. Aus den Vereinen. I. Neurologiacal society zu New-York, II. Neurological society zu Philadelphia.

III. Personalien.

I. Referate und Kritiken.

405) **W. Bechterew:** Untersuchungen über die Schleifenschicht.

(Mitgetheilt von P. Flechsig. Bericht der physical. Classe der Kgl. Sächs. Gesellschaft der Wissenschaften. 1885.)

Hauptsächlich ergibt sich aus der Untersuchung foetaler menschlicher Gehirne mittelst Zerlegung in lückenlose Querschnittreihen und Hämatoxylinfärbung nach Weigert's Methode: Der Haupttheil der Schleife enthält überwiegend Fasern, welche als indirecte Fortsetzungen von Fasern der Hinterstränge des Rückenmarks anzusehen sind. Die aus den Burdach'schen Keilsträngen hervorgehenden Fasern der Schleife enden in gewissen Bezirken der Formatio reticularis von

(Oblongata) Pons und Vierhügelgegend, im Nucleus lemnisci lateral. und Linsenkern; die von den Goll'schen Strängen kommenden Fasern enden entweder im Thalamus opticus (bez. innern Kniehöcker?) oder gehen (nur theilweise?) ununterbrochen durch die innere Kapsel in den Stabkranz und von da zur Rinde der Scheitellappen.

Goldstein (Aachen).

---

406) **Allen Star** (New-York): Methods of staining nervous tissue. (Tinctionsmethoden für das Centralnervensystem.) (The journ. of nerv. & ment. dis. April 1885. p. 143.)

Verf. hat die neueren Färbungsmethoden selbst probirt, und gibt ein gedrängtes Resumé seiner Erfolge. Die vorzüglichsten Dienste leistet die neuere Weigert'sche Hämatoxyn-ferrocyankaliummethode. Verf. fand, dass, wenn er Schnitte einen Tag lang in die Kupferlösung brachte und erst dann brütete, die Differenzirung in der Ferro-cyankaliumlösung viel rapider vor sich ging. Doch gibt er zu, dass dies kein sehr grosser Vorzug ist.

Verf. erzielte ferner gute Resultate dadurch, dass er nach der eben erwähnten Methode angefertigte Präparate mit der Weigert-'schen Säurefuchsinlösung behandelte. Die graue Substanz wird roth und bildet einen lebhaften Contrast zu den dunkel gefärbten Nervenfasern. Auch die Ganglienzellen sollen deutlicher werden. Verf. zieht diese Doppelfärbung der Weigert'schen Hämatoxylin- Carminfärbung vor.

Die Seguin'sche Modification der Nigrosinfärbung ist nicht so gut wie die alte mit Carmin. (Die Schnitte, die vor der Färbung nicht in Alcohol kommen dürfen, sondern in Wasser gelegt werden, behandelt man mit einer Migrosinlösung von 0,01 : 100; sie bleiben hierin 6—18 Stunden, darauf werden sie gut ausgewaschen, entröthet und in der üblichen Weise weiter präparirt.) Verf. färbte solche Schnitte nachträglich noch mit Säurefuchsin, wodurch die Ganglienzellen noch deutlicher hervortreten sollen und zu gleicher Zeit die Nervenfasern gefärbt werden. Doch beansprucht diese Methode sehr viel Zeit und reicht nicht im Entferntesten an die Weigert'sche.

Sahli's Doppelfärbung mit Methylviolett und Säurefuchsin hat bei S. keinen Anklang gefunden, da die Intensität der Färbung zu vielen Zufälligkeiten ausgesetzt ist. Die Sahli'sche Methylviolettmethode hat den Vorzug der Einfachheit und des geringen Zeitaufwandes; doch ist die Tinction keine dauerhafte.

Die Resultate mit der Safrainemethode von Adamkiewicz sind keine befriedigende gewesen.

Verf. spricht sich am Schluss seiner Arbeit dahin aus, dass die Weigert'schen Hämatoxylin- und Fuchsinfärbungen Methoden seien, die ein jeder Neuropathologe sich entschieden aneignen müsse. Die alte Carminmethode ist ganz zu verlassen.

Koenig (Dalldorf).

---

407) **Putzel** (New-York): The pathological anatomy of acute locomotor ataxia. (Zur path. Anatomie der acuten locomotor. Ataxie.)
(The journ. of nerv. & ment. dis. April 1885. p. 176.)

35 jähr. Kaufmann, verh., ohne syphil. Antecedentien, gelegentlicher Potator, und ohne hereditäre Belastung. Die Krankheit hatte vor der Aufnahme erst 9 Monate bestanden, begann mit Ptosis des rechten Augenlides, Doppelsehen, blitzartigen Schmerzen in den unteren und oberen Extremitäten, mit abendlichen Exacerbationen, Appetitlosigkeit. Nach 4 Monaten konnte Pat. vor Schwäche nicht mehr gehen und konnte nur mit Mühe seinen Urin halten.

St. praesens: Characterist. atact. Gang, Romberg'sches Zeichen. Anästhesie unterhalb des Scarpa'schen Dreiecks, in beiden Beinen kein Kniephänomen. Leichte Incoordinationsstörungen der oberen Extremitäten und Taubheitsgefühl in den Fingern. Partielle Ptosis des r. Auges. Beide Pupillen stark erweitert und auf Licht träge reagirend. Augenhintergrund normal; ebenso die übrigen Sinnesfunctionen.

3 Wochen nach der Aufnahme Hämoptyse. Am 7. Januar Exitus. Die Ptosis war fast ganz zurückgegangen, hingegen hatte die Incoordinationsstörung der Extremitäten zugenommen.

Die Obduction ergab exquisite Sclerose der Hinterstränge in ihrer ganzen Ausdehnung und zwar fand sich bei der mikroskop. Untersuchung: Eine enorme Zunahme der Neuroglia, Unversehrtheit der grauen Substanz; Erweiterung der Gefässe der Hinterstränge mit Verdickung der Wände, namentlich der Adventitia, deren Kerne sich vermehrt zeigten. In den vorderen Theilen der Hinterstränge, namentlich in der Nachbarschaft der hinteren Commissur waren die Nervenfasern wohl erhalten; auch die hintere Wurzelzonen waren weniger betheiligt. Die Kerne um den Centralcanal herum sind vermehrt, ebenso zeigt sich eine Zunahme des fibrösen Gewebes.

Verf. glaubt aus dem klin. Verlaufe und dem anatom. Befunde schliessen zu dürfen, dass er es mit einer diffusen Myelitis zu thun hatte, welche zurückging und sich zuletzt auf die Hinterstränge beschränkte.

Die Ansicht, dass der Prozess der Tabes mit einer Degeneration der Axencylinder der Hinterstränge beginne und eine secundäre Vermehrung der Neuroglia im Gefolge habe, sei für die meisten Fälle zutreffend.

In den letzten 6 J. habe er Fälle von Tabes beobachtet, für deren klin. Erscheinungen ihm diese Theorie nicht ausreichend erscheine. Die Fälle zeichneten sich alle durch ihren rapiden Verlauf aus und durch die auffallende körperliche Schwäche bald nach Beginn der Krankheit.

Therapeutische Erfolge bei derartigen Fällen hatte Verf. keine.

Koenig (Dalldorf).

408) **Demange:** Ueber progressive tabische Contractur oder diffuse Sklerose vasculären Ursprunges, welche die strangförmige Sklerose vortäuscht und bei an Atheromatose leidenden Greisen vorkommt.

(Rév. de médéc. Nro. 7. p. 545—561.)

D. hat aus seinen Untersuchungen über sklerotische, durch atheromatöse Veränderungen der kleinen spinalen Gefässe bedingte Processe am Rückenmarke die Ueberzeugung gewonnen, dass diese Affection im Greisenalter durchaus nicht selten vorkommt und eine wohl definirte Krankheitsform sui generis darstellt. Im Anschlusse an 2 frühere Arbeiten (Rév. de médécine X. 1884 und I. 1885), in welchen er 3 Fälle beschreibt, theilt er im vorliegenden Aufsatze einen 4. mit und giebt eine genaue klinische Beschreibung dieser neuen Form von Sklerose des Rückenmarks.

Symptomatologie. Die progressive tabische Contractur tritt bei alten Leuten auf. Demange's 4 Kranke waren 75, 72, 80 und 75 Jahre alt, hatten eine sitzende Lebensweise geführt (Stickerinnen), zeigten alle deutlich ausgesprochene allgemeine Atheromatose. Bei keiner war Gicht oder Syphilis vorangegangen, eine litt an chronischem Rheumatismus, der Vater der einen Kranken ist als Hemiplegiker gestorben.

Die Contractur tritt immer zuerst an den Beinen langsam, schleichend auf, ohne dass eine Lähmung vorhanden wäre, die Extremitäten werden ganz allmälig steifer, wobei allerlei Parästhesien und theils spontane, theils intentionirte Zuckungen in ihnen beobachtet werden. Anfangs kann entweder die Extension oder die Flexion vorwiegen, im Laufe der Zeit aber gewinnt letztere die Uebermacht (nach einigen Monaten), verbreitet sich rasch und wird beständig. Dabei verallgemeinert sich die Steifigkeit resp. Contractur und ergreift die Muskeln des Rumpfes und der Arme, die des Gesichtes und der Augen bleiben aber immer verschont. Die Affection bietet 2 Stadien dar, das der Steifigkeit und das der Contractur; die Sehnenreflexe an den Beinen sind im ersten Stadium erhöht (ein Mal trat Fussclonus auf), im zweiten aber entweder sehr abgeschwächt oder gänzlich fehlend. Muskelatrophie ist im Allgemeinen nicht beobachtet worden, nur in einem Falle atrophirten sämmtliche Wadenmuskeln, welche aber contracturirt blieben. Eine elektrische (faradische) Prüfung war wegen der dabei auftretenden heftigen Schmerzen nicht möglich, die Sensibilität blieb, paroxysmenartige Schmerzen in den contracturirten Gliedern abgerechnet, immer normal, eine wahre Incontinenz der Blase und des Mastdarms ist nie beobachtet worden, nur tritt häufiger Harndrang auf (Contractur der Blasen- oder Bauchmusculatur), die Körpertemperatur blieb immer normal, die Verdauung träge, die Intelligenz intact. Zu Ende tritt Decubitus auf, die Abmagerung nimmt stark zu und erfolgt der Tod durch Erschöpfung; ein Mal wurde Dysphagie beobachtet, ein Mal trat der Tod in einem Anfall von Asystolie ein. Die Krankheit dauerte in 2 Fällen 11, in je einem Falle 13 und 4 Monate.

Pathologische Anatomie. Die Krankheit beruht in einer diffusen Sklerose des Rückenmarks, welche von den Gefässen ihren Ursprung

nimmt, gewöhnlich sich auf die weissen Stränge beschränkt, aber auch die graue Substanz ergreifen kann, wodurch combinirte Systemerkrankungen vorgetäuscht werden können. Die Sklerose ist nie scharf systematisirt, die vorwiegend ergriffenen Seitenstränge aber nie allein und nie in ihrer ganzen Ausdehnung afficirt, was auch von den andern weissen Strängen gilt. Die gekreuzten Pyramidenstränge werden, wie schon bemerkt, nie allein ergriffen, die Sklerose überschreitet ihre Ränder, welche mehr oder weniger verwaschen erscheinen, geht auf die benachbarten Regionen über und umgiebt auf diese Weise die Vorderhörner gleichsam mit einer sklerotischen Hülse; die Vorderstränge verlieren ihre charakteristische dreieckige Form. In einem Falle waren die Vorderhörner mit ergriffen, welche atrophirten und consecutiven Muskelschwund nach sich zogen. Die Goll'schen, Burdach'schen und Türk'schen Stränge, die periependymäre graue Substanz waren stellweise sklerotisirt, die Sklerose war also, wie ausdrücklich hervorgehoben wird, nie systematisirt. Der Grad derselben war ein sehr verschiedener, bald sah man nur das Anfangsstadium derselben (Hypertrophie der Neurogliazellenkerne, kaum merkliche Strangulation der Nervenfasern), bald sah man das granulirte Myelin durch die Bindegewebswucherung comprimirt; die Axencylinder waren immer zu erkennen, zuweilen waren sie rosenkranzförmig hypertrophirt.

Auffallend war aber an allen Präparaten die intensive Vascularisation des Rückenmarks und die Sternform (forme étoilée) der Sklerose. Im Centrum jeder sklerotischen plaque fand sich eine kleine, veränderte Arterie, von welcher sich die Sklerose auf die Bindegewebsräume und die Interstitien der Neuroglia ausbreitete. Die Arteriolen boten die Zeichen einer Endarteritis, vorzugsweise aber einer sklerotischen Periarteritis dar, namentlich Proliferation des Endotheliums und Verdickung der mit Kernen infiltrirten Gefässwand, die Lymphscheide ist mit weissen Blutkörperchen erfüllt und fehlt manchmal in der Mitte der periarteriellen Sklerose. Zwei Mal wurde eine Rosenkranzform der erkrankten Arterien und kleine, durch dissecirende Ektasien dieser kleinen Gefässe bedingte Hämorrhagien beobachtet.

Alle Kranken boten bei der Section ausserdem weit verbreitetes Atherom der Arterien dar, welches die Aorta, die Kranzarterien, die Arterien der Nieren, des Gehirns und der Extremitäten ergriffen hatte, ausserdem senile Nieren.*)

Nach dem Vorhergehenden kann man sich ein deutliches *Bild der Krankheit* vorstellen. Es handelt sich dabei um eine weit verbreitete, auch die kleinsten Gefässe ergreifende Atheromatose, die Endo-periarteritis ruft in der Niere die senile Nephritis, im Herzen die sklerotische und fettig-körnige Myocarditis, im Gehirne die diffuse Erweichung und die senile Demenz und im Rückenmarke die senile Paraplegie hervor, welche, stärker entwickelt, die progressive tabische Contractur darstellt. Die im Rückenmarke überhaupt erschwerte Blut-

*) Ueber die durch atheromatöse Entartung bedingten Veränderungen des „rein senile" vergl. Demange in Rév. méd. de l'Est 1880. Sadler, Th. de Nancy 1879 und Ballet, Rév. de méd. 1881.

circulation in der dünnen, lang gestreckten, durch die Wurzelarterien in ihrem Verlaufe verstärkten Arteria spinalis anterior, wird immer mehr und mehr behindert, das Rückenmark wird mangelhaft ernährt, wobei in der ersten Zeit eine Abschwächung der Muskelkraft und der Reflexe beobachtet wird. Allmälig unterliegen die Elemente des Rückenmarks der von Leyden beschriebenen senilen Veränderung, das Myelin wird körnig, längs der Gefässe und unter den Meningen treten amyloide Körper auf, die Zellen werden kleiner und pigmentirt; diesem Stadium entspricht die propressive Schwäche, die senile Paraplegie der Greise. Steigert sich aber der arteriosklerotische Process, so tritt die perivasculäre Sklerose ein und ergreift die verschiedenen Systeme des Rückenmarks; die Steifigkeit und die mehr oder weniger ausgebreitete Contractur erscheinen, wenn die Pyramidenstränge in einem gewissen Grade ergriffen sind.

Als *diagnostische* Zeichen sind zu merken: das vorgerückte Alter der Kranken, allgemeine Atheromatose, der relativ rasche Verlauf der Affection, der relativ schnelle Uebergang der Contractur von den unteren Extremitäten auf die oberen, das Vorwiegen der Flexion bei der Contractur, die lebhaften Schmerzen in den zusammengezogenen Gliedern, das Unversehrtbleiben der Arme, die Möglichkeit einer secundären Atrophie von Muskelgruppen, das Auftreten von Störungen der Sphincterenfunction und von Decubitus und der lethale Ausgang.

Die Affection hat einige Aehnlichkeit mit der Paralysis spinalis progressiva (Erb), unterscheidet sich aber durch folgende Zeichen. Bei der progressiven tabischen Contractur überwiegt die Flexion, bleiben die obern Extremitäten verschont und werden die Muskeln des Nackens oder des Halses ergiffen, während bei der progressiven Spinalparalyse die Extensionscontractur vorwiegt, die Arme häufig, die Nackenmuskulatur aber nie afficirt werden, auch sind bei ihr nie Schmerzen vorhanden, während solche bei der progressiven tabischen Contractur recht häufig beobachtet werden. Der grösste Unterschied liegt aber im Verlaufe beider Affectionen, die progressive Spinalparalyse ist keine fortschreitende Krankheit, sondern das Ueberbleibsel einer bereits längere Zeit bestehenden Rückenmarksaffection und tödtet als solche nicht, während die progressive tabische Contractur eine, in der Entwickelung befindliche Krankheit darstellt und zum Tode führt. Die Tabes dorsalis spasmodica befällt die Kranken zwischen dem 30.—45. Lebensjahre, während die progressive tabische Contractur zwischen dem 72. und 80. Jahre auftritt.

Von einer Verwechselung mit der Sclerosis lateralis amyotrophica kann nur bei Anwesenheit von Muskelatrophie die Rede sein; die Atrophie beginnt aber dabei an den Oberextremitäten, beschränkt sich nicht auf einzelne Muskelgruppen und endlich verbindet sich gewöhnlich die amyotrophische Lateralsklerose mit einer Paralysis labio-glossopharyngea, zuweilen tritt leicht auch eine Contractur der Masseteren auf.

Die Paraplegie mit nachfolgender Contractur bei Compressionsmyelitis könnte bei Lähmung aller vier Extremitäten wegen hohen

Sitzes Anlass zu diagnostischen Zweifeln geben, hier fehlt aber, wenn auch Steifheit, Contractur und Fussclonus zugegen sind, das Aufsteigen der Affection von unten nach oben und sind andererseits sensible Störungen an den gelähmten Gliedern zu constatiren. Der Schmerzpunkt am Rückgrath, das Gürtelgefühl, der vorragende Wirbel sichern die Diagnose hinlänglich.

Schwieriger ist die Unterscheidung der progressiven tabischen Contractur von einer chronischen Myelitis und Hämatomyelie, wenn sie bei Greisen auftreten. Mit der secundären, bei alten Hemiplegikern vorkommenden Contracturen kann sie verwechselt werden, wenn 1) eine doppelseitige, durch zwei nach einander auftretende hämorrhagische Herde bedingte Hemiplegie vorhanden, welche successive beide Körperhälften ergreift und 2) wenn ein einzelner Herd secundäre Störungen in beiden Körperseiten setzt (Pitres). Hier kommen in Betracht der Modus des Beginnes der Krankheit, die cerebralen Störungen, die mehr oder weniger beständige Facialislähmung und die Form so wie der Verlauf der Contractur selbst, welche bei der Hemiplegie nie die Grösse erreicht, wie bei der progressiven tabischen Contractur.

Die *anatomische Diagnose* der einzelnen hier in Betracht kommenden Affectionen würde etwa also lauten:

Bei der *spastischen Spinalparalyse* ist eine primäre, symmetrische Sklerose der Seitenstränge allein vorhanden, bei der *amyotrophischen Lateralsklerose* ist ausserdem noch eine symmetrische Sklerose der Vorderhörner vorhanden, während bei der progressiven tabischen Contractur keine Systemerkrankung vorliegt, sondern, wie oben bemerkt worden ist, die verschiedensten Stränge ergreift.

Verf. zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1) Es besteht eine besondere Form von Tabes (Seitenstrangsklerose)*) mit Contractur, welche trotz mancher Analogie mit der Tabes spasmodica und der amyotrophischen Lateralsklerose eine Krankheit sui generis ist.

2) Sie ist nur in hohem Alter, jenseits 70 Jahr beobachtet worden.

3) Sie beruht auf einer Localisation der allgemeinen Atheromatose auf die Spinalgefässe.

4) Anatomisch ist sie auf einer diffusen, interstitiellen Sklerose vasculären Ursprungs basirt, welche verschiedene Theile des Rückenmarks, besonders aber die Seitenstränge ergreift.

5) Klinisch nimmt sie eine Stellung zwischen der Tabes spasmodica und der Sclerosis lateralis amyotrophica ein.

6) Sie kann „progressive tabische Contractur der Atheromatösen“ genannt werden. Hinze (St. Petersburg).

*) Die Franzosen bezeichnen noch immer in ungeregtfertigter Weise mit dem Namen Tabes zwei ganz verschieden localisirte Processe, die graue Degeneration der Hinterstränge und die der Seitenstränge. Ref.

409) **A. Eulenburg** (Berlin): Ein Fall von fortschreitender muscu-lärer Dystrophie (Hypertrophie mit Fettdegeneration und wachsartiger Degeneration) an den Unterextremitäten. (Deutsch. med. Wochenschrift Nro. 12. 1885.)

Der Fall wurde vergetragen im Verein für innere Medicin am 2. März 1885. Er betraf einen 36 jährigen Maurer, welcher vor 10 Jahren eine schwere Wirbelverletzung erlitt. Kyphotische Prominenz in der Gegend der Proc. spinosi der beiden letzten Dorsalwirbel ist als Residuum vorhanden. Später litt er an Endocarditis und Pleuritis dextra, wozu Blasenkatarrh, Decubitus sowie Thrombose der Vena cruralis auf der linken Seite sich gesellte (1876). Seit dieser Zeit war das linke Bein dicker als das rechte und Pat. litt an Schwäche des linken Beines, an Impotenz und Incontinentia urinae. Subcutane Injection von 1,0 einer 2% Pilocarpinlösung bewirkt keine Spur von Schweisssecretion an den Füssen, aber starkes Schwitzen an den Handtellern und im Gesicht neben sehr profuser Speichelabsonderung. Die enorme Umfangszunahme der linken Unterextremität ist wesentlich auf Verdickung der Muskulatur an Ober- und Unterschenkel zurückzuführen. Die electrische Exploration ergibt beiderseits einfache Herabsetzung der faradischen und noch mehr der galvanischen Nerven- und Muskelreizbarkeit, nirgends Ea R. Die Excission von Muskelstückchen aus symmetrischen Stellen beider Unterextremitäten wurde von Prof. J. Wolff, die microscopische Untersuchung derselben von Dr. Sakaky vorgenommen. Im rechten wie im linken Gastrocnemius sind die meisten Muskelfasern fettig und wachsartig degenerirt, links viel zahlreicher wie rechts, dieselben sehen hier aufgequollen aus; die interstitielle Fettinfiltration zeigt links charakteristische Reihen, wie man sie bei der Pseudohypertrophie der Muskeln findet. Die Muskelfasern, sowohl die degenerirten als die anscheinend normalen sind auf der linken Seite dicker als auf der rechten. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die erlittene Verletzung vor 10 Jahren zu einer traum. Myelitis führte und darauf die Erkrankung des Muskelapparates zurückzuführen sei. In Betreff der Volumsungleichheit beider Extremitäten wird die Endocarditis und Thrombose der l. Femoralvene herangezogen, wodurch es zu Circulationsstörungen, mangelhafter Oxydation und Verbrennung und Liegenbleiben nicht verbrennten Fettes links kommen musste.

Die Möglichkeit einer Besserung solcher Fälle bei andauernder electrischer und gymnastischer Behandlung ist nicht ausgeschlossen.

Goldstein (Aachen).

---

410) **Kahler** (Prag): Casuistische Beiträge zur Lehre von der Aphasie. (Prag. med. Wochenschr. 1885. Nro. 16.)

Ein sehr interessantes Gehirn demonstrirte Verf. im Vereine deutscher Aerzte in Prag am 17. April 1885. Zur Zeit der Beobachtung in der Klinik des Prof. Halla zeigte die Besitzerin des Gehirns ein völlig intactes Sprachvermögen. Man fand, dass die linke Nasolabialfurche verstrichen war, dass der linke Mundwinkel tiefer stand

als der rechte, die Zunge von der geraden Richtung beim Vorstrecken abwich, und dass die linken Extremitäten im Vergleich zu den rechten eine motorische Schwäche zeigten. Auch beim Gehen zeigten sich die Reste linksseitiger Hemiplegie und die linke obere Extremität wurde beim Essen nicht gebraucht. Die Kranke behauptete 4 Jahre zuvor einen Schlaganfall gehabt zu haben: Sie habe auch damals die Sprache völlig verloren; später sei diese Sprachstörung und zwar früher als die Hemiplegie verschwunden. Sie starb an chronischer Nierenentzündung. Die linke Grosshirnhemisphäre dieser 35jährigen Frau bot eine Gestaltung der Insel dar, wie sie etwa dem Ende des 5. Monates der fötalen Periode entsprechen würde. Der Sylvi'sche Spalte klaffte vollständig. Die ganze Insula Reilii lag völlig frei und zeigte spärliche gyri recti. Das Offenbleiben der Fossa Sylvii ist durch Entwicklungshemmung des Scheitel- und Stirnlappens zu Stande gekommen. Den auffallendsten Grössendefect zeigt die erste Stirnwindung und vor allem der gyrus opercularis. Dieser angeborene Bildungsmangel der l. Hemisphäre bildete aber nicht den alleinigen Befund. Es fand sich nämlich in der rechten Hemisphäre eine alte stark braun pigmentirte apoplectische Narbe, das vorderste Viertel des Thal. opt. einnehmend. Dieser Herd hat als indirectes Symptom die vorübergehende Aphasie und Hemiplegie höchst wahrscheinlich hervorgerufen. Das Sprachcentrum muss also, wenn ein so kleiner Blutungsherd im Thalamus Aphasie als indirectes Herdsymptom bewirkt bei *diesem* Individuum sich in der *rechten* Hemisphäre befunden haben.

Bei einem anderen Kranken fehlte das willkürliche Sprechen, das Nachsprechen, das Lautlesen, es war das willkürliche Schreiben hochgradig gestört, ebenso das Schreiben auf Dictat — dagegen war die Fähigkeit Vorlagen abzuschreiben, erhalten, das Verständniss der Sprache völlig ungestört und endlich las der Kranke Geschriebenes und Gedrucktes mit sicherem Verständniss. Demnach lautete die Diagnose: Läsion des motorischen Sprachcentrums, Herderkrankung vorwiegend im hinteren Theil der I. Stirnwindung. Da rechtsseitige Hemiparese und partielle rechtsseitige Hemianästhesie vorhanden war, so wurde eine Ausbreitung der Herderkrankung auf die Centralwindungen oder den Stabkranz derselben angenommen. Die Section zeigte allerdings Zerstörung der Broca'schen Stelle, ausserdem aber ausgedehnte Zerstörung der Insel und der Rinde des Schläfenlappens. Da aber im Leben keine Worttaubheit beobachtet worden, so ist man, die Localisation einzelner Formen der Aphasie als feststehend vorausgesetzt, zu der Annahme gezwungen, dass anfänglich neben der motor. Aphasie auch Worttaubheit entstanden habe, zumal der Kranke erst $3^1/_2$ Jahre nach dem apoplektischen Anfall zur Beobachtung kam. Im Allgemeinen verschwindet die Worttaubheit leichter als die motor. Aphasie; letztere verschwindet sicher nur dann, wenn sie als indirektes Herdsymptom in die Erscheinung getreten ist, die Worttaubheit aber bildet sich in der Regel auch dann allmälich zurück, wenn sie ursprünglich auf einer Läsion des Schläfenlappens beruhend, ein direktes Herdsymptom darstellte.

Ein dritter Fall betrifft einen 58jährigen Kaufmann, mit einer Degeneratio adiposa myocardii. 3 Jahre vor Aufnahme in das Hospital hatte er einen Schlaganfall, den er selbst beschreibt. Er verlor die Sprache vollkommen, „mäkerte“ bloss, so dass ihn niemand verstehen konnte. Die Zeitungen waren nicht mehr leserlich, die Wörter erschienen ganz verschmiert. Zählen und Schreiben konnte er nicht mehr. Verstanden hat er alles, jeden Gegenstand gekannt, Briefe sich vorlesen lassen etc. Allmälich gingen die Erscheinungen vollständig zurück. Pat. war rechtshändig. Es bestand in diesem Falle neben reiner motor. Aphasie das Fehlen des Verständnisses für Schriftzeichen, was man *Alexie* nennt. Dagegegen war das Sprachverständniss intakt. Lichtheim nimmt für die mit Alexie gepaarten Fälle eine ursprüngliche Totalaphasie an, bei der eine ungleichmässige Rückbildung der einzelnen Componenten des Symptomenbildes vor der Zeit der Beobachtung statt gefunden habe. Ausserdem glaubt er, dass sich in solchen Fällen noch Reste von Worttaubheit auffinden liessen. Die Fälle jedoch, wie der eben citirte, bei denen sich gleich Anfangs die motor. Aphasie mit Alexie vergesellschaftet, sprechen nicht zu Gunsten dieser Hypothese. Goldstein (Aachen).

---

411) **Lauder Brunton** (London): A Text-book of Pharmacology, Therapeutics and Materia Medica. (London, Macmillan. 1885. pag. 1139. Preis 21 Mark.)

Dies ist eins der interessantesten und werthvollsten Bücher, welche seit einer Reihe von Jahren in England erschienen sind, und da besonders der erste Theil des Werkes specielles Interesse für Neurologen besitzt, halten wir es für nöthig denselben einer eingehenden Besprechung zu unterziehen. Um das Gedächtniss seiner Leser etwas aufzufrischen gibt Verf. in dem ersten Theile des Buches durchweg einen kurzen Bericht über die normalen Funktionen der betreffenden Körpertheile nach dem Standpunkte der fortgeschrittensten Physiologie, und bespricht die wichtigeren pathologischen Fragen insoweit als dies dazu beitragen kann die Wirkungen der Arzneimittel bei Krankheiten verständlicher zu machen. Nach zwei einleitenden Kapiteln, in welchen gewisse nothwendige Vorfragen abgemacht werden, wirft sich der Autor im dritten Kapitel in medias res mit einer Studie über die Wirkung der Arzneimittel auf das Protoplasma, Blut und niedere Organismen; also Amöben, weisse und rothe Blutkörperchen, Infusorien und Bakterien, wobei zuerst die Untersuchungsmethode kurz beschrieben und wo nöthig durch Illustrationen erläutert wird, während weiter hin die Wirkungen der Hitze, Kälte, Electricität, des Wassers, des Salzes, und verschiedener Droguen angegeben werden. So finden wir z. B. in den Bemerkungen über Wirkung der Arzneimittel auf Infusorien die des Chlor, Brom, Sublimat, Jod, mangansauren Kali, Kreosot, Chinin, Strychnin und des Klapperschlangengiftes verzeichnet; während bei den Bakterien diese Liste bedeutend vergrössert erscheint. Im folgenden Kapitel erhalten wir eine Beschreibung der physiologischen Wirkungen verschiedener Droguen auf wirbellose Thiere, unter welchen letzteren die

Medusen, Mollusken, Ascidien und Amulosen succesive besprochen werden. In weiteren Abschnitten werden dann in derselben Weise die Wirkungen der Arzneimittel speciell auf Muskeln, Nerven, das Rückenmark, Gehirn, die Sinnesorgane, die Athmung, den Kreislauf, die Oberfläche des Körpers, die Verdauungsorgane, den Stoffwechsel, die Absonderungen und Ausscheidungen und die Geschlechtsorgane abgehandelt. Greifen wir aus diesen verschiedenen Gegenständen z. B. einen, nämlich die Verdauungsorgane, heraus, so beginnt unser Autor das Kapitel mit Bemerkungen über die Zähne und die Wirkungen verschiedener Mittel, wie Kalk, Kohle, Borax, Chinin und Karbolsäure, u. a. Mittel welche theilweise durch ihre mechanische und theilweise durch ihre chemische Action auf das Dentin die Zerstörung der letzteren Substanz verhindern. Weiterhin folgen Bemerkungen über die schädlichen Wirkungen der Mineralsäuren, löslichen Eisensalze und des Alauns auf die Zähne, Anweisungen dieselben zu neutralisiren, und ebenso über die medicamentöse Behandlung des Zahnwehs. Mittel, welche die Speichelsecretion beeinflussen, werden sodann besprochen; doch wird erst eine Einleitung über den physiologischen Meschanismus der Absonderung des Speichels, mit Berücksichtigung der secernirenden Zellen, der Cirkulation, der hier wirkenden Nerven und Nervencentren vorausgeschickt. Die Sialogogen werden dann in örtliche, (wie Säuren, saure Salze, Alkalien, Aether, Chloroform, Senf, Meerrettig, Tabak, Cubeben u. s. w.) und im allgemeine (wie Pilocarpin, Muscarin, Physostigmin, Jodverbindungen, Quecksilberverbindungen) eingetheilt. Die örtlichen Mittel dieser Art rufen Speichelfluss hervor in dem sie die Speicheldrüsen auf reflektorischem Wege durch die Nerven des Mundes reizen, während die allgemeinen Mittel auf die peripherischen Endigungen der Absonderungsnerven in den Drüsen wirken, so dass Absonderung in den Drüsen durch Einspritzung der betreffenden Substanzen in das Blut hervorgerufen wird, selbst nachdem alle Nerven, welche zu den Drüsen gehen, durchschnitten sind. Physostigmin und Nicotin reizen übrigens nicht blos die peripherischen Nervenendigungen sondern auch die centralen Enden der Nerven, so dass z. B. Durchschneidung der Chorda tympani die Absonderung bedeutend verringert, obwohl dieselbe durch Reizung der peripherischen Enden fortdauert. Die Ausscheidung gewisser Mittel, wie Jodkali, durch den Speichel wird dann besprochen, und die Thatsache, dass wenigstens ein Theil der genommenen Menge dieses Mittels noch lange Zeit nach der Einführung im Speichel nachgewiesen werden kann, dadurch erklärt, dass der Speichel durch welchen es ebenso schnell ausgeschieden wird als durch die Nieren, verschluckt wird, dass das Mittel somit wieder mit dem Speichel in den Magen gelangt, ins Blut übergeht und schliesslich wieder zu den Speicheldrüsen zurückkehrt. Es ist daher ein beständiger Kreislauf vom Mund zum Magen, und vom Magen wieder zurück zum Munde. Refrigerantien sind Mittel welche Durst löschen und ein Gefühl von Kühlung geben. Hier wird zwischen lokalem und allgemeinem Durste unterschieden, wovon der erstere durch Trockenheit des Mundes und Schlundes, der letztere durch Mangel an Wasser im Gesammt-Organismus,

oder Ueberschuss von löslichen und besonders von salinischen Substanzen im Blute oder durch übergrosse Reizbarkeit des Durstcentrums im Gehirn hervorgerufen wird. Die Mittel, welche auf diese verschiedenen Arten des Durstes Einfluss haben, werden dann besprochen. Anti-sialische Substanzen sind diejenigen welche die Speichelsecretion verringern oder aufheben, und sie thun dies 1. dadurch dass sie den Reiz zur Absonderung entfernen; 2. dass sie die Erregbarkeit der centrifugalen Nerven oder Reflexcentren schwächen; 3. dass sie die centrifugalen Nerven, wie die Chorda tympani, lähmen; 4. dass sie auf den Kreislauf in der Drüse wirken; und 5. dass sie auf die Struktur der Drüsen selbst einwirken. Die anti-sialische Wirkung des Atropins erklärt Verf. in folgender Weise: — Atropin lähmt die peripherischen Endigungen der Absonderungsnerven; es hat keinen Einfluss auf die gefäss-erweiternden Nerven, so dass in einem mit Atropin vergifteten Thiere elektrische Reizung der Chorda Tympani Erweiterung der Gefässe bewirkt, mit reichlicher Blutzufuhr durch die Drüse wie gewöhnlich, aber kein Tropfen Speichel wird abgesondert. Diese Abwesenheit der Absonderung ist einer Lähmung der Absonderungs-*Nerven*, und nicht der Absonderungs-*Zellen* zuzuschreiben, weil zu derselben Zeit dass die Chorda ihre Kraft Absonderung hervorzurufen, vollständig eingebüsst hat, Reizung des Sympathicus doch noch zur Absonderung führen kann.

Es würde uns jodoch zu weit führen wenn wir den Verf. in seinen weiteren Dispositionen über die Wirkungen der Arzneimittel auf den Magen, Darm, Leber, Pancreas u. s. w. folgen würden. Es genüge hier zu bemerken, dass dieselben in derselben Art gehalten sind wie die eben gegebenen Andeutungen, und welche sich durch eine eigenthümliche Verbindung von genauer Kenntniss der physiologischen und besonders neuro-physiologischen Thatsachen mit dem bei Schotten so häufigen Mutterwitz und gesunden Menschenverstand auszeichnen.

Was den Neurologen natürlich am meisten interessirt, sind die Kapitel über die Wirkungen der Arzneimittel auf Gehirn und Rückenmark. Nach einer kurzen Einleitung über die Lokalisation der Centren im Gehirn, bespricht der Verf. zunächst die Wirkung der Arzneimittel auf die motorischen Centren, und unterscheidet sie in deprimirende und reizende, weiterhin die Wirkung auf die sensorischen und psychischen Centren. Unter den Reizmitteln für das Gehirn wird zuerst Stellung des Kopfes, dann der Akt des Kauens genannt. Das letztere führt zur lokalen Erweiterung der Gehirnarterien, und dies ist wahrscheinlich der Grund warum gewisse Substanzen wie Tabak, Betel, Koka, und Rosinen gekaut werden. Die Wirkung des Rauchens wird dadurch erklärt, dass der Rauch die Mund- und Nasennerven reizt, und dadurch einen Einfluss auf den Kreislauf im Gehirn ausübt; und ähnlich wirkt das „Sippen“ von Alcohol z. B. bei Leuten wie Journalisten, welche den ganzen Tag schreiben müssen. Thee und Kaffee bewirken gleichfalls wahrscheinlich eine örtliche Erweiterung der Gehirnaterien, und ähnlich wirkt das Saugen. Ein Glas Wasser das langsam „gesippt“ wird, beschleunigt den Puls mehr als ein Glas

Wein oder Spiritus das auf einmal hinuntergeschüttet wird. Kaltes Wasser langsam hinunterzusippen wird habituellen Säufern empfohlen um den Drang nach Spirituosen zu stillen, weil es den Kreislauf im Gehirn beträchtlich beschleunigt. Ein Glas Bier das durch einen Strohhalm gesogen wird, soll berauschen können, während keine drei Gläser dies bewirken die in grossen Zügen hinuntergeschüttet werden.

Mittel welche die functionelle Thätigkeit des Gehirns herabsetzen, werden vom Verf. in Soporifica oder Hypnotica, Narcotica, Anodyna oder Analgeria, und Anaestetica eingetheilt; und die meisten von ihnen sind Reizmittel in kleineren Dosen. Der Unterschied zwischen den Hypnotica und Narcotica ist der, dass die reinen Hypnotica Schlaf verursachen, aber nicht die gewöhnlichen Beziehungen der geistigen Thätigkeiten zu der äusseren Welt stören, während die Narcotica grade das letztere thun. Unter den Hypnoticis führt Verf. nicht blos Opium, Chloral u. s. w. an, sondern auch die Körperlage, den Einfluss der Wärme und Kälte, und erklärt dieselben physiologisch. Um Schlaf hervorzurufen, sind zwei Dinge erforderlich, nämlich 1. den Kreislauf im Gehirn möglichst herabzusetzen indem man das Blut davon ableitet, oder die Thätigkeit des Herzens beruhigt, und 2. die functionelle Thätigkeit des Organs herabzusetzen. Nun kann man das Blut vom Gehirn ableiten indem man die Gefässe anderswo erweitert. Bei grosser Schwäche, mit geringem Gefässtonus, werden Leute oft schläferig im Stehen, Gehen oder Sitzen; sowie sie sich aber hinlegen, fliesst das Blut durch die atonischen Gefässe leicht nach dem Gehirn, sodass sie nicht schlafen können. Der Kopf muss dann durch hohe Kissen hochgehalten werden; andererseits wirkt Digitalis als Hypnoticum, indem es die contractile Kraft der zum Gehirn gehenden Arterien erhöht, und sie somit in den Stand setzt dem erhöhten Druck in der horizontalen Lage zu widerstehen, und daher das Gehirn nicht mit Blut überschwemmen zu lassen. Das grösste Gefässgebiet, in welches man das Blut vom Gehirn ableiten kann, ist das des Verdauungskanales. Wenn die Gefässe im Darm contrahirt sind, ist Schlaf so gut wie unmöglich. Folglich findet man, dass Menschen wie Thiere, wenn sie der Kälte ausgesetzt sind, die durch die Bauchdecken agirend, Contraction der Darmgefässe hervorrufen und das Blut zum Gehirn treiben würde — instinktiv den Darm warm halten indem sie, ehe sie sich zum Schlafe anschicken, die Beine hinaufziehen und den Bauch mit den dicken Muskeln der Oberschenkel bedecken. Ebenso wirkt direkte Wärme auf den Bauch applicirt, mittes Breiumschläge oder feuchter Binden. Wärme auf die innere Fläche des Magens applicirt wirkt ähnlich, unterscheidet sich aber von der äusserlichen Wärme-Anwendung dadurch, dass sie das Herz reizen kann, während sie die Bauchgefässe erweitert. Reizung des Herzens ist aber unter solchen Umständen schädlich, da die Thätigkeit des Gehirns dadurch angeregt wird. Speisen oder Getränke sollten deswegen hier warm, aber nicht heiss sein. Die hydropathische Einpackung wirkt als Hypnoticum indem sie das Blut vom Gehirn auf die allgemeine Körperfläche ableitet. Kalte Füsse verhindern Schlaf indem sie ungebührliche

Spannung in den Blutgefässen unterhalten und sollten desshalb entweder durch lokale Anwendung von heissem Wasser, oder durch Reiben in kaltem Wasser und scharfes Abtrocknen erwärmt werden. Die Aufregung des Herzens kann durch sedative Mittel herabgesetzt werden, unter denen das nützlichste die Kälte ist. Nach stundenlanger Schlaflosigkeit kommt es noch oft zum Schlaf, wenn man im Nachthemde auf und ab spaziert bis man kühl geworden ist, oder wenn man die Oberfläche mit heissem oder kaltem Wasser abreibt.

So sehen wir wie der Verf. durchweg nicht nur die Droguen, sondern auch besonders die mehr physikalischen Heilmittel in den Kreis seiner Betrachtungen zieht, und überall bestrebt ist die so oft schon längst bekannte Wirkung der gewöhnlichen Hausmittel an der Hand der physiologischen Forschungen zu erklären.

Bei der Besprechung der Wirkung der Arzneimittel auf das Cerebellum erwähnt unser Autor, dass verschiedene Arten von Spirituosen verschiedene Theile des kleinen Gehirns zu beeinflussen scheinen. Wenn z. B. jemand zu viel guten Wein oder Bier trinkt. so entsteht die Neigung auf die Seite zu fallen; nach Whiskey: auf das Gesicht zu fallen, nach Aepfel- und Birnenwein: auf den Rücken. Diese Gleichgewichtsstörungen entsprechen denen, welche durch Verletzung der Seitenlappen, und des vordern und hinteren Theils des Mittellappens des kleinen Gehirns hervorgerufen werden. Apomorphin in grossen Dosen scheint auch eine Wirkung auf das kleine Gehirn oder die Vierhügel zu haben, da Thiere welche damit vergiftet sind, nicht brechen, sondern sich im Kreise herumbewegen.

Bei der Besprechung der Wirkung der Arzneimittel auf das Rückenmark unterscheidet der Verf. zuerst die Funktionen der Leitung, der Reflexthätigkeit, und der eigentlichen Produktion von nervöser Kraft, und beschreibt kurz die Methoden welche bei der Untersuchung dieser Functionen und deren Beeinflussung durch Arzneimittel angewandt werden. Die letzteren können das Rückenmark in direkter und indirekter Weise und durch Hemmung lähmen. Indirekt wird dies Organ gelähmt durch Ischämie bei dem bekannten Stenson'schen Versuch, und durch Aconitin, Digitalin und grosse Dosen von Chinin, welche den Kreislauf verhindern. Direkte Lähmung wird durch eine Reihe von Substanzen hervorgerufen, von denen einige deprimiren ohne vorher zu reizen (und dies sind besonders Antimon, Emotin, Blausäure, Methyl-Coniin u. s. w.) während andere zuerst reizen und dann deprimiren (besonders Ammoniak, Apomorphin, Alkohol, Arsenik, Campher u. s. w.). Was die Wirkung der Arzneimittel auf die sog. Hemmungscentren anbelangt, so erklärt sich der Verf. gegen die Hypothese, dass gewisse Theile der Nervencentren eine besondere Hemmungsthätigkeit besitzen anstatt der sensorischen oder motorischen Function, und glaubt das ganze Kapitel verständlicher zu machen durch die Annahme, dass Nervenreize einfach aus Schwingungen in den Nervenfasern oder Nervenzellen bestehen, grade wie der Schall und das Licht aus Schwingungen bestehen. Im Schall wie im Licht finden wir, dass wenn zwei Wellen so auf einanderfallen dass ihre Höhen correspondiren, die Intensi-

tät des Schalles oder Lichtes vergrössert wird; während wenn sie so auf einanderfallen, dass die Höhe der einen Welle die Tiefe der anderen ausfüllt, das Resultat = Null ist, also zwei Laute werden Stille hervorrufen oder zwei Lichtwellen Dunkelheit. In ähnlicher Weise können wir uns denken, dass die Wirkung welche irgend eine Nervenzelle auf andere mit ihr verbundene ausüben kann, entweder reizend oder hemmend ist, je nach ihrer Lage im Verhältniss zu denselben. Wenn die Beziehung so ist, dass ein Reiz, der von der einen zur andern Zelle geht, dort einen Reiz von einem anderen Theile so antrifft, dass die Wellen aus denen sie bestehen, zusammenfallen, so wird die Nerventhätigkeit verdoppelt; wenn sie aber gegen einander anlaufen, wird sie unterdrückt. Wenn sie sich so treffen, dass sie weder vollständig zusammen noch auseinanderfallen, so wird die Nerventhätigkeit etwas vergrössert oder verringert werden, je nach dem Grade des Zusammen- oder Auseinderfallens zwischen den Höhen der beiden Wellen. Dies muss gleichfalls variiren je nach der Geschwindigkeit, mit welcher sie sich bewegen, so dass, wenn Reize, welche einander gewöhnlich aufheben, sich langsamer bewegen, einer eine ganze Wellenlänge anstatt einer halben hinter dem anderen herkommen kann; und wir erhalten dann Zusammenfallen und Reizung anstatt Aufheben und Hemmung. Ebenso wenn Reize, deren Wellen für gewöhnlich zusammenfallen und ihre gegenseitige Thätigkeit verstärken, sich langsamer bewegen, so kann der eine eine halbe Wellenlänge hinter dem anderen kommen, und wir erhalten dann Aufhebung und Hemmung anstatt Reizung. Andererseits kann, wenn die Reize sich schneller bewegen, der eine welcher eine halbe Wellenlänge hinter dem anderen war, und denselben aufhob, blos einen kleinen Bruchtheil einer Wellenlänge hinter ihm her kommen. Derselbe wird dann grösstentheils zusammenfallen und Reizung bewirken, während einer der normal mit dem andern zusammenfällt und ihn verstärkt, durch grössere Schnelligkeit in der Bewegung, eine halbe Wellenlänge vorauseilen kann, und daher Hemmung bewirkt.

Durch diese Interferenz-Theorie lassen sich viele Erscheinungen die mit der Wirkung der Arzneimittel auf das Rückenmark zusammenhängen, und die nach der gewöhnlichen Hemmungstheorie unerklärlich sind, unschwer begreiflich machen. So beachtet man z. B. dass wenn Frösche Atropin oder Morphium erhalten, diese Thiere die Thätigkeit der verschiedenen Nervencentren in einer bestimmten Reihenfolge verlieren, wobei die Reflexthätigkeit zuletzt eingebüsst wird. Man hielt die Thiere nun früher für todt, bis Fraser nachwies, dass dies blos ein Scheintodt war, in welchem die Thiere vier bis fünf Tage verharrten, worauf dann ein Zustand von erhöhter Reizbarkeit des Rückenmarkes eintrat. Ebenso bringt auch Brom-Ammonium erst vollständigen Verlust der freiwilligen Bewegung und Reflexthätigkeit hervor, während es in einer späteren Periode zu Convulsionen kommt. Verf. erklärt diese Verhältnisse in ziemlich ungezwungener Weise durch seine Interferenz-Hypothese. Unter den Reizmitteln welche die functionelle Thätigkeit des Rückenmarks erhöhen, nennt er Ammoniak,

Strychnin, Brucin, Absynth, Nicotin, Thebain, Gelsemin, Buxin und Calabarin.

Die zweite Section des vorliegenden Werkes umfasst die allgemeine Pharmacie (pag. 443—469) in welcher die pharmaceutischen Präparate wie Extrakte, Tinkturen u. s. w. besprochen werden. Die dritte die anorganische Materia Medica (pag. 473—680); die vierte die organische Materia Medica (pag. 685—744) die fünfte die vegetabelische Materia Medica (pag. 748—984) und die sechste die animalische (pag. 987—1119). Alle diese Sectionen, obwohl nicht so originell wie die erste, sind mit grosser Sachkenntniss und leicht verständlich geschrieben. Der Autor vermeidet überflüssige Details um das wirklich Wichtige recht ausführlich mittheilen zu können. Um das Nachschlagen zu erleichtern, sind nicht weniger als drei Inhaltsverzeichnisse beigegeben, wovon das erste ein allgemeiner Index ist, auf 70 Seiten; das zweite ein Index der Krankheiten und der dafür bestimmten Arzneimittel auf 40 Seiten; und das dritte ein bibliographischer Index auf 21 Seiten. In dem Index für Krankheiten und die dafür geeigneten Mittel finden wir nicht durchweg Beziehung auf den Text. Für Locomotor Ataxy wird z. B. im Index Silbersalpeter genannt; auf der dort bezeichneten Seite finden wir aber nichts über den Nutzen dieses Mittels bei Tabes. Ebenso wird in Menière's Krankheit Chinin genannt, auf der bezeichneten Seite des Werkes ist aber kein Wort über die Anwendung des Chinins in der Menière'schen Krankheit zu finden. Ueberhaupt finden wir die therapeutischen Bemerkungen im Ganzen zu kurz; doch möchte sich wenn dieselben ausführlich behandelt wären, der Umfang des Buches gar zu sehr ausgedehnt haben. Jedenfalls empfehlen wir das Werk von Lauder Brunton als eine wirkliche Bereicherung der Literatur, und hoffen dasselbe bald in einem Deutschen Gewande zu sehen.

Althaus (London).

---

412) **Ernst Remak** (Berlin): Ein Fall von doppelseitiger Lähmung des N. accessorius Willisii. (Deutsch. med. Wochenschr. Nro. 27. 1885.)

Der betreffende Fall wurde im Verein für innere Medicin am 1. Juni 1885 vorgestellt. K. 35 Jahre alt, hinkt in Folge von Coxitis seit seiner Kindheit. Vor 12 Jahren Lues. Jetzige Krankheit begann vor 6 Monaten mit Schmerzen im Genick und in der r. Schulter. 6 Wochen später Heiserkeit. Man bemerkt: Exostose der Sternalportion der rechten Clavicula, links weniger. Atrophie der Nackenmuskeln. Mm. pectorales eingesunken und atrophisch, Abmagerung der Oberarme an der Beugeseite. Pat. ist nicht im Stande, die Achseln zu zucken. Bei passiver Erhebung des l. Oberarms bleibt Scapula zunächst am Thorax liegen, während der geringste Druck auf den Arm genügt, um das für Serratuslähmung charakteristische Abstehen der Scapula zu bewirken. Rechts besteht nur Schwäche des Serratus. Mangelhafte Contraction des Zwerchfells. Die elektrische Reaction der gelähmten und atrophischen Muskeln ist sehr beeinträchtigt. Die Sensibilität ist normal. Die doppelseitige Lähmung des äusseren Acces-

soriusastes erregte wegen der Heiserkeit den Verdacht, dass auch der innere Ast betheiligt sein dürfte. Es wurde denn auch laryngoscopisch eine doppelseitige Stimmbandlähmung gefunden. Die Pulsfrequenz war stetig gesteigert (96—115 Pulse). In Betreff der Localisation und Natur des Processes muss man zunächst eine degenerativ-atrophische Lähmung auf Grund degenerativer Neuritis der obersten Cervicalnerven etwa bis zum 6. abwärts und der beiden Nn. accessorii annehmen. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass ein syphilitischer Process innerhalb des Wirbelcanals in der Gegend der vorderen Wurzeln der oberen Cervicalnerven und der bis zum 5.—6. Cervicalnerven abwärts entspringenden Accessoriuswurzeln vorliegt. Vielleicht handelt es sich, da ja heftige Schmerzen in der Nackengegend vorhanden sind, um eine Peripachymeningitis syphilitica der vorderen Oberfläche des obersten Theiles der Halsanschwellung, seitlich bis zum Lig. denticul. und aufwärts bis zu den von der Medull. oblong. stammenden Wurzelfäden des N. accessorius. Goldstein (Aachen).

---

413) **B. M. Schapiro** (St. Petersburg): Die Behandlung von Neuralgien mit Injectionen von Osmiumsäure. (St. Petersb. med. Wochenschr. Nro. 26 u. 27. 1885.)

In 8 Fällen von meistens schweren Trigeminusneuralgien, gegen welche eine Anzahl sonst üblicher Mittel vorher ohne Erfolg angewendet worden, versuchte Verf. die Osmiuminjectionen mit gutem Nutzen. Die Fälle betrafen 5 Weiber und 3 Männer. Geheilt wurden 3 Weiber und 2 Männer, gebessert 1 Mann und 1 Weib, ungeheilt blieb 1 Weib. Verf. modificirte die Neuber'sche Formel dahin, dass er 0,1 Osmiumsäure in 6,0 dext. Wasser und 4,0 reinem Glycerin auflösen liess. Von diesem Gemisch, das sich 2—3 Wochen unzersetzt erhält, was bei dem hohen Preise des Mittels von Wichtigkeit ist, injicirte er nicht weniger als 5 Tropfen auf ein Mal. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet; ein Ohnmachtsanfall gleich nach der Injection betraf ein epileptisches Frauenzimmer. Goldstein (Aachen).

---

414) **A. de Watteville** (London): The cure of writers cramp. (British medical Journal, 14. Febr. 1885.)

415) **Derselbe:** Further observations on the cure of writers cramp. (The Lancet, 2. Mai 1885.)

Verf. führt in jeder der Abhandlungen 2 Fälle von Schreibekrampf an, die durch Julius Wolff geheilt wurden, indem er nicht unterlässt, gleichzeitig Facsimiles der verschiedenen Handschriften beizufügen. Die Methode von Wolff, Massage, active und passive Gymnastik der Hand- und Fingermuskulatur, wird kurz besprochen.
Goldstein (Aachen).

---

416) **E. Remak** (Berlin): Bleilähmung. (Sep.-Abdr. aus d. Real-Encyclopaedie der ges. Heilkunde von Eulenburg, Urban & Schwarzenberg in Wien. II. Auflage.)

Das betr. Kapitel ist von dem auch auf diesem Gebiete rühmlichst bekannten und bewanderten Verf. behandelt worden. Ein aus-

führliches Literaturverzeichniss findet sich am Schlusse. Da die Bearbeitung auf Grund des vorhandenen Materials geschehen und wesentlich Neues nicht vorgebracht ist, so möge der Hinweis auf diese dem Charakter der Encyclopaedie entsprechende Arbeit genügen.

Goldstein (Aachen).

---

417) **H. Pohl:** Das Hypnoscop. (St. Petersb. med. Wochschr. Nr. 30. 1885.)

Verf. bespricht ein merkwürdiges Instrument, welches von seinem Erfinder, Herrn Dr. Ochorowicz mit dem seltsamen Namen Hypnoscop belegt worden ist („Psychische Studien, herausgegeben von A. Aksakow, 12. Jahrg. IV. Heft. S. 145. Monat April 1884. New-York). Eine kleine, ungefähr 5 Ctm. lange Röhre von Stahl, mit innerem Durchmesser von 4 Ctm., der Länge nach gespalten, wird magnetisch gemacht. Der eine Spaltrand bildet den Nord- der andere den Südpol dieses gekrümmten, 170 Grm. wiegenden Magneten. Steckt man in diese Röhre den Zeigefinger einer Person in der Weise, dass der Nagel nach unten und dass die beiden klaffenden Ränder der Röhre nach oben kommen, so beobachtet man eigenthümliche Empfindungen, die von dieser Röhre ausgehen. Unter 100 Menschen haben 30 solche Empfindungen (Ameisenkriechen, kalter Hauch u. dergl.). Neben diesen subjectiven Empfindungen sollen auch objective Erscheinungen beobachtet sein (unwillkürliche Bewegungen, Lähmungen (?) Krampf). Alle diejenigen Personen, welche solche Empfindungen zeigen, sind hypnotisirbar. Es ist müssig, die Hypothesen, welche Ochorowicz an die Wechselwirkung von Mechanismus und Hypnotismus knüpft, auch nur zu erwähnen, es ist sogar wahrscheinlich, dass auch andere, als magnetische Röhrchen bei sensibeln und hysterischen Personen solche „Empfindungen" hervorrufen. Merkwürdig genug ist, dass während im Durchschnitt 30 unter 100 „empfindlich" sind, für das Hypnoscop unter 100 Aerzten nur 5 „Empfindliche" sich finden.

Goldstein (Aachen).

---

418) **H. Obersteiner** (Wien): Der Hypnotismus. (Wien 1885, Selbstverlag.)

O. konnte in Betreff des oben erwähnten Hypnoscops zu keinem befriedigenden Resultate kommen. Allerdings wurden sehr oft die erwähnten Empfindungen angegeben, aber des öfteren von Personen, die sich als nicht hypnotisirbar erwiesen, während andrerseits manches vortreffliche Medium absolut nichts fühlen konnte. Im Uebrigen beschreibt Verf. in klaren, leicht verständlichen Worten das Wesen des Hypnotismus auf Grundlage eines Vortrages, den er am 23. März 1885 im wissenschaftlichen Club in Wien gehalten. Es lässt sich im Allgemeinen das unterschreiben, was Verf. aus eigenen und fremden Versuchen schlussfolgert. Ob er nicht in Betreff der Bestätigung der „Localisationslehre im Hirn" durch die Gefühle, welche bei den Suggestionen in der Schläfen- und Scheitelgegend eintreten zu weit geht, lasse ich dahingestellt. Goldstein (Aachen).

---

419) **Planet** (Saint-Pons): Observation d'acces d'hystéro-somnambulisme hallucinatoire, consécutifs à l'absorption d'une dose toxique de camphre. (Zustand von Hystero-Somnambulismus nach einer toxischen Dose von Campher.) (Ann. med. psycholog. März 1885.)

Ein junger Mann, sonst gesund, aber etwas nervös und geneigt geringe körperliche Störungen selbst zu behandeln, nahm gegen Schlaflosigkeit bei Schnupfen eine Dosis von etwa 20 gr. Campher in Stücken. Alsbald stellte sich Frösteln ein und ein Zustand von Bewusstlosigkeit, aus dem der Betreffende mit den Worten „ich bin verrückt“ zu sich kam. Dieser Zustand wiederholte sich, bis ein Vomitiv eine grosse Menge Campher entfernt hatte. Darauf trat noch ein Kältegefühl vom Magen aus bis in die Extremitäten auf, die Hände schienen ihm wie gelähmt und alles, was er ansah, zitterte um ihn herum. Nach einigen Tagen der Ruhe fing er wieder an zu arbeiten. Jedoch stellten sich nach 3 Wochen seitliche Kopfschmerzen, Globusgefühl, Gedächtnissschwäche, Schreckhaftigkeit, Herzklopfen, Hallucinationen, abwechselnd Lachen und Weinen, Gemeingefühlsstörungen, Pollutionen ohne sexuelle Erregung ein und weiterhin traten Zustände von Somnambulismus auf. Schliesslich endete der Fall nach nicht langer Dauer der beschriebenen Erscheinungen mit Genesung. Bezüglich des Zusammenhanges der Campherintoxication mit der psychischen Erkrankung spricht Verf. bei der Eigenthümlichkeit des Verlaufes kein Urtheil aus, bemerkt nur, dass vielleicht durch die Intoxikation eine „latente nervöse Diathese“ geweckt worden sein könne. Otto (Dalldorf).

---

420) **Gros** (Boulogne): Contribution à l'étude de l'agorapbobie (peur des espaces) et d'autres formes de névroses émotives. (Beitrag zum Studium der Agoraphobie (Platzangst) und anderer Formen von „névroses émotives“.) (Ann. med. psycholog. Mai 1885.)

Die 8 mitgetheilten Fälle sind fast alle nur ganz kurz skizzirt und betreffen 4 von ihnen (worunter 2 Herzkranke) Agoraphobie, 2 Berührungsfurcht, 1 Clitrophobie mit Scotophobie (Verf.) oder Furcht vor Finsterniss, endlich 1 Grübelsucht. Otto (Dalldorf).

---

421) **Hamilton** (New-York): A case of Myxoedema in the male. (Ein Fall von Myxoedem bei einem Manne.) (The journ. of nerv. & ment. dis. April 1885. p. 186.)

Pat., aus Italien gebürtigt, 48 J. alt, Zeitungsredacteur, war stets gesund gewesen bis auf ein gastrisches Fieber, hereditär in so fern belastet, als sein Vater apoplect. zu Grunde ging und Vaters Bruder und Schwester des Pat. geisteskrank waren. Im August 1884 will er sich erkältet haben, und bekam so heftige Schmerzen in der linken Schulter und im rechten Arm, dass Morphiuminjectionen gemacht werden mussten. Die Schmerzen traten paroxysmusartig auf, blieben einige Monate fort und fanden sich im März 1885 wieder ein.

Stat. praesens. Die Schmerzen traten jetzt in beiden Armen, der rechten Gesichtshälfte, den Gaumen, Lippen und der rechten Zungenhälfte auf. Sie haben einen neurologischen Character und zeigen eine

nachmittägliche Exacerbation, welche einige Stunden anhält. Das Gesicht ist gedunsen und von eigenthümlicher bleicher Färbung. Die Lippen sind dick und bleich, die Augen glanzlos. Kopfhaar und Bart, welche in den letzten Jahren grau geworden waren zeigten an einzelnen Stellen Stränge von schwarzem Haar, welches erst in den letzten 3 Monaten gewachsen war. Die Zunge dick und von geringer Beweglichkeit. Die Naso-labialfalten sind dick und fühlen sich hart an, auch an andern Stellen in der Augengegend und den Wangen findet sich Sclerodermie. Beide Hände enorm ödematös, ebenso sind deren Gelenke geschwollen und fühlen sich hart an; die Finger können fast gar nicht flectirt werden. Druck und passive Bewegungen erzeugen keinen Schmerz.

Die grobe Kraft der l. Hand bedeutend schwächer als die der rechten; die Finger trommelschlägerförmig, die Nägel rissig.

Beide Oberschenkel können nur wenig flectirt und extendirt werden. Oedema pedum., wobei einzelne Stellen sich hart anfühlen und keinen Fingerdruck hinterlassen. Die Hautfarbe am ganzen Körper blassgrauweiss, eine Röthung derselben weder durch Friction noch sonstige mechan. Mittel zu erzielen. Hyperästhesie der unteren Extremitäten Cutis anserina. Seit 2—3 Monaten hat Pat. nicht transpirirt. Auf dem unteren Theil des Abdomen ist die Haut zum Theil bronzefarben. Seit dem Beginn der Krankheit hat sich ein intensiver Haarwuchs auf der Brust und den Armen gezeigt. Die Intelligenz hat entschieden gelitten; Pat. quärulirt viel, ist sehr reizbar, und sehr verzagt.

Hallucinationen wurden nicht beobachtet, auch ist das Gedächtniss noch ein leidliches zu nennen.

Die Verdauung ist gestört. Herz intact. Puls 80. Die Achselhöhlentemperatur rechs etwas höher als links, während die der Haut links stets höher ist alt rechts, wobei das Maximum der Differenz 2^0 beträgt.

Geruch und Geschmack normal. Sehnenreflexe fehlen, Hautreflexe gesteigert. Urin ohne Eiweiss etc., auch der Quantität nach normal. Der Mund des Pat. ist stets mit einem gelatinösen Speichel gefüllt, welcher öfters mit dem Finger entfernt werden muss.

Die Sprache ist langsam, zweilen leicht atactisch, das Gehör hat nicht gelitten.

Die Sehschärfe ist herabgesetzt, doch lässt sich objectiv nichts nachweisen. Farben werden alle richtig bezeichnet. Pat. ist für Kälte sehr empfindlich, für Hitze weniger.

Therapeutisch wird Opium gegen die Schmerzen gegeben und ausserdem Glonoin (Nitroglycerin) $^1/_{50}$ Gran pro dosi 3 × täglich.

Am 8. 5. 1885 sah Verf. den Pat. wieder. Der Bart war fast ganz schwarz geworden, die Bronzefärbung des Abdomens hatte weiter um sich gegriffen. Das Oedem des Gesichts hatte abgenommen; seit 2 Wochen hatten sich nächtliche Schweisse eingestellt; bei Flexion der Gelenke fühlte man jetzt crepitiren. Verf. hat das Myxoedem hier zum 1. Male bei einem Manne gesehen; ausserdem hat er 5—6 Fälle bei Frauen beobachtet.

Ueber die Aetiologie kann Verf. nichts berichten, er meint, dass vielleicht, da Pat. aus einer Gegend stammt, in der Cretinismus und Pellagra endemisch sind, das Myxoedem eine verwandtschaftliche Beziehung zu diesen Affectionen haben könnte.

Koenig (Dalldorf).

---

422) **Carrier** (Lyon): Contribution à l'étud des complications viscérales de la paralysie générale. (Viscerale Complicationen bei allgemeiner Paralyse.) (Ann. Méd. psycholog. März 1885.)

Verf. macht auf bis jetzt noch wenig berücksichtigte Complicationen der Paralyse mit krankhaften Erscheinungen an visceralen Organen aufmerksam und das häufige Vorkommen derselben besonders bei der melancholischen Form der Paralyse scheint ihm eher für einen inneren Zusammenhang als für blosse Coincidenz zu sprechen. Er geht in seinen Betrachtungen von zwei mitgetheilten Krankheitsfällen aus, die der depressiven Form der Paralyse angehören und im Verlauf von Seiten der inneren Organe folgende Erscheinungen zeigten. Unter geringem Fieber und Steigerung der psychischen Erregung trat Congestion der Lungen mit Dyspnoe, bald einseitig, bald doppelseitig auf, jedoch war Hustenreiz und Auswurf nicht vorhanden. Daneben stieg die Menge des Urines beträchtlich und zwar bis über 3 Liter in 24 St., ohne dass derselbe krankhafte Bestandtheile enthielt. Zugleich war Nahrungsverweigerung vorhanden (Zwangsfütterung). Die geschilderten Erscheinungen von Seiten der Lungen und Nieren traten paroxysmenweise auf und hielten einige Tage an. In beiden Fällen war der Verlauf der Paralyse ein rascher, indem schwere Ernährungsstörungen alsbald auftraten und den Tod herbei führten. Bei der Sektion des einen Falles fand sich eine Congestion der Lungen und Nieren, die des andern wurde nicht gemacht. Zum Schluss versucht Verf. noch den Zusammenhang der visceralen Complikation mit der Paralyse zu erklären und zwar vermittelst des Sympathicuscentrums, welches er nach Mairet in die Rinde der Basis cerebri verlegt. Otto (Dalldorf).

---

423) **P. Mayser** (Burghölzli bei Zürich): Zum sogen. hallucinatorischen Wahnsinn. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. H. 1. 1885.)

Verf. beschreibt eine Anzahl eigener Beobachtungen einer Krankheitsform, die er als „*asthenisches Delirium*“ bezeichnet wissen will. Es handelt sich dabei um Zustände, die von anderen Autoren mit den verschiedensten Namen (hallucinat. Wahnsinn, hallucin. Verrücktheit etc.) belegt worden sind und die sich vielleicht als Abortivform der Vesania typica, vielleicht auch als selbständiges Correlat des III. Stadiums derselben auffassen lassen. Dies asthenische Delirium kann in ein akutes (3 Wochen bis 2 Monate Dauer) und in ein mehr chronisches (4 Monate bis $1^1/_2$ Jahr) getrennt werden. Beim weiblichen Geschlechte ist der die Asthenie des Gehirns erzeugende Factor (in den mitgetheilten Krankengeschichten) besonders die Anämie (in Folge von Chlorose, Säfteverluste, dürftiger Ernährung etc.), bei den Männern vertritt diese Stelle in vielen Fällen der Alcohol.

Kron (Berlin).

---

424) **Graf** (Werneck): Die Aetiologie der Paralyse nach den Erfahrungen auf der Männerabtheilung zu Werneck in den Jahren 1870—1884. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 31, 32, 1885.)

Die statistischen Verhältnisse, die sich auf die Berufsart der Kranken, auf die Dauer der Krankheit beziehen umgehend, theilen wir zunächst mit, dass das Verhältniss von Weib und Mann sich wie 1 : 6,3 gestaltete. Im Alter von 31—50 Jahren fanden sich 67%. Erblich belastet sind 41,6% und zwar je zur Hälfte direct und indirect. Letztere Zahlen stehen mit den Erhebungen von Möbius, der die Rolle der Erblichkeit gleich wie bei der Tabes gering anschlägt, nicht im Einklang. Syphilis wurde in 44 Procent gefunden, wobei die Bewohner der Städte über die Landbewohner überwiegen. Die Zeit zwischen Infection und Aufnahme schwankte zwischen ½ und 30 Jahren. Die Sectionsbefunde ergaben nichts für Syphilis Charakteristisches. Unter 37 Syphilitikern sind 16 = 43,6% erblich belastet. Unter 90 Patienten mit 37 Syphilis sind verzeichnet:

Geschl. Excesse allein	7	mal	darunter	4	Syphilis	4	erblich
Trunkexcesse	„ 21	„	„	5	„	11	„
Trunksucht u. sex. Exces.	7	„	„	3	„	5	„
Excesse überhaupt	35 = 39%			12	Syph.	20	erblich.

Verf. sieht die Paralyse als Folge verschiedener und in wechselnder Combination auftretender Ursachen an.

Goldstein (Aachen).

---

425) **Rey** (Ville-Ewrard): Paraplégie d'origine alcoolique, suivie de quérison. (Paraplegie auf alkoholistischer Basis. Heilung.) (Ann. med. psycholog. Januar 1885.)

Der Fall betrifft eine hereditär veranlagte 41 Jahre alte Säuferin. Nach 9 Monaten verschwand die Lähmung wieder, welche Verf. als eine „Paraplégie alcoolism“ nach Villes und Lokhart Clarke bezeichnen möchte. Letztere beobachteten sie in London bei Frauen häufig. Otto (Dalldorf).

---

426) **Mabille** (Lafond): Paralysie générale d'origine traumatique. (Paralyse traumatischen Ursprunges.) (Ann. med. psycholog. Mai 1885.)

Die Paralyse trat im 32. Jahre bei einem Manne auf, der in der Jugend eine Fraktur des rechten Stirnbeines erlitten hatte und in Folge dessen eine Asymmetrie des Schädels zeigte und der dabei geistig mangelhaft entwickelt war. Die Krankheit endete in einem Jahre tödtlich. Bei der Sektion fand sich eine Knochenverdickung an der Frakturstelle am rechten Stirnbeine, darunter ein nussgrosser Defekt im Hirn, ferner Verwachsungen der Hirnhäute, Adhäsionen derselben mit der Rinde sowie bis um 61 Gramm geringeres Gewicht der rechten Hemisphäre gegenüber der linken. Bezüglich des Zusammenhangs von Trauma und Paralyse hält Verf. für möglich, dass die Verdickungen der Frakturstelle, gleichsam als Fremdkörper wirkend, eine allgemeine Erkrankung der Hirnhaut und der Hirnrinde nach sich gezogen haben dürfte.

Otto (Dalldorf).

II. Aus den Vereinen.

I. Neurological society zu New-York.

Sitzung vom 7. April 1885. (The journ. of nerv. & ment dis. April 1885. p. 183.)

427) **Rockwell** hält einen Vortrag über *Morbus Basedowii.* R. hat 15 Fälle beobachtet, davon haben sich 11 gebessert, die Prognose sei nicht so ungünstig wie man im Allgemeinen annehme. Die Therapie sei eine 3fache:

1) Diät und hygien. Massregeln.
2) Interne Medication.
3) Electricität.

Im Allgemeinen empfiehlt er eine blande, vorzüglich Milchdiät. Von Medicamenten: Eisen, Zink, Digitalis und Ergotin in einer Mischung, deren Dosirung er nicht näher angibt. Die Hauptsache aber sei die consequente und lange Zeit durchgeführte Anwendung des konstanten Stromes. Es folgen einzelne interessante Krankengeschichten, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Die Kathode setzt R. auf die Glandula thyreoidea.

In der Discussion meint D a n a, es gäbe 2 Typen der B. Krankkeit, einen speciv. neurotischen, den er für schwer heilbar hält. Die andere Form möchte er als die accidentelle, symptomatische bezeichnen.

K o e n i g (Dalldorf).

II. Neurological society zu Philadelphia.

Sitzung vom 22. Dezbr. 1884. (The journ. of nerv. & ment. dis. April 1885. p. 188.)

428) **Mills** hält einen Vortrag über *die Behandlung der Epilepsie.* Unter den vielen Mitteln, die er versucht hat, hält er eine Mischung von Bromkali, Bromnatr. Sol. Fowleri, Succ. conii für die zweckmässigste bei längerer Behandlung; auch Bromkali mit Tct. Digit. zusammen empfiehlt er. M. fängt mit Bromkali an, nach einem Monat geht er zu einer Combination verschiedener Bromsalze über, unterstützt die Cur zuweilen mit Leberthran, Chinin und Eisen.

Sitzung vom 23. März 1885.

429) **Willmarsh** hält einen Vortrag über „*Schädel und Gehirn bei Idioten.*“

Unter den in seiner Anstalt (Pennsylvanien) befindlichen Idioten sind eine auffällig grosse Anzahl, die hinter und vor den Ohren (meistens rechts) eine Depression des Schädels zeigen; in 2 Fällen könne er diese mit Sicherheit auf die Entbindung vermittelst des Forceps zurückführen. Diese beiden Kinder waren nebenbei bemerkt aphasisch. Bei Obductionen fand er:

Hypertrophie des Schädeldaches nur einmal; hier war dasselbe an einzelnen Stellen $^1/_2$ Zoll stark, Stenose des Foramen magnum 3 mal. (2 Kinder hatten an Epilepsie gelitten.)

Difformität der Crista galli d. h. Verbiegung nach rechts oder nach links in vielen Fällen.

Verdickung der Pia und Verwachsung mit der Rinde in 15 Fällen; in 2 Fällen totale Verwachsung.

Unter 16 Gehirnen als Durchschnittsgewicht $16^1/_2$ Unze. (Mit Ausnahme von 2 waren die Idioten über 15 J. alt.)

Ein Gehirn wog 51 Unzen und hatte eine auffallend feste Consistenz.

Bei einem 11 jähr. Idioten wog das Gehirn nnr $22^3/_4$ Unzen etc.

Vortr. meint die Intelligenz der Idioten habe im Verhältniss zu dem Gewicht des Gehirnes gestanden. (!)

Das Gewicht des Cerebellums variirte zwischen $3^1/_2$ und $6^1/_4$ Unzen. In 2 Fällen, wo das Gewicht $3^1/_2$ resp. $3^3/_4$ Unzen betrug, waren die Idioten taubstumm und gelähmt gewesen.

Die Stirnwindungen waren oft schmaler als in normalen Gehirnen. Der Windungstypus ein auffallend einfacher. Namentlich war die 3. Stirnwindung oft kümmerlich entwickelt.

In 6 Fällen war die Insel nicht vollständig bedeckt, in 4 Fällen beiderseits, in 2 Fällen nur auf einer Seite. Bei einem Idioten, der deutliche Sehstörung, die aber nicht genauer untersucht werden konnte, zeigte, fand sich Erweichung und Atrophie des Gyr. supramarg., angul. und eines Theiles der gyri temp. II u. III linkerseits; rechterseits eine ähnliche Veränderung der gyri occip. II u. III, ang., supra-marg., temp. III. Der Cuneus war beiderseits sehr klein.

In 8 Fällen war das Cerebellum vom Grosshirn nicht bedeckt. 2 Mal fehlte der Balken. (Näheres s. i. Original; ebenso die Ausführungen des Vortr. über Anomalien im Windungstypus. Ref.)

430) Des Weiteren demonstrirte **Mitchell** einen Fall von einem 11 jähr. Mädchen, wo bei normaler Entwickelung der unteren Körperhälfte eine Atrophie der oberen Körperhälfte sich fand.

431) Am Schluss macht **Lewis** noch einige Bemerkungen über seinen *„Kinnreflex."* Die klin. Bedeutung ist ganz unklar. Er wird ausgelöst durch Beklopfen der unteren Zähne bei geöffnetem Munde und relaxirten Muskeln und besteht in einer plötzlichen Hebung des Unterkiefers.

Koenig (Dalldorf).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 2) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 3) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1 October, 1500 M. und fr. Stat. 4) Marburg, Assistenzarzt, 1200 M. und fr. Stat. I. Cl. 5) Schwetz (Westpreussen), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat.

Versetzt. Dr. Waehner, II. Arzt in Creutzburg hat mit Dr. Petersen, II. Arzt in Bunzlau getauscht.

Ernannt. Dr. Simon in Leubus zum II. Arzt.

Todesfall. Dr. Hermann Eckelmann, Assistenzarzt der Irrenheilanstalt zu Marburg.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. September 1885. Nro. 18.

INHALT.

I. Originalien. Koschewnikoff: Ein Fall von lateraler amyotrophischer Sclerose. Degeneration der Pyramidenbahnen längs deren ganzem Verlauf, sowie auch diejenige der Hirnrinde an den entsprechenden Stellen.

II. Referate und Kritiken. Fämiliant: Beitrag zur Vergleichung der Hirnfurchen bei den Carnivoren und den Primaten. Im Anschlusse an die Untersuchung eines Löwengehirnes. Mauthner: Die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen. Die Nuclearlähmung. Wilbrand: Ueber concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei functionellen Störungen der Grosshirnrinde und über Incongruenz hemianopischer Gesichtsfelddefecte. Oser: Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung. Boucher: Paralysis agitans in Folge lang andauernder Einwirkung von feuchter Kälte. Waller: Zwei Fälle von Herpes mit motor. Störungen. Chantemesse und Le Noir: Doppelseitige Neuralgien und Dilatation des Magens. Johannessen: Acute Polyurie bei einem Kinde nach dem Stiche eines Ixodes ricinus. White: Ein Fall von nervösem Fieber. Boucheron: Epilepsie articulären Ursprungs; Beitrag zum Studium des Gehör- (Gelenk) Drucks. Urguhart: Ein Fall von Gefühlslähmung. Canfield: Bemerkungen über ataxie locomotrixe. Semelaigne: Beitrag zur Lehre vom pathologischen Schlaf bei Geisteskranken. De Montyel: Beitrag zur Lehre von der Morphiummanie. Martineng: Intermittirendes circulaires Irresein nach isolirten maniakalischen und melancholischen Zuständen. Radecki: Ein Beitrag zur schärferen Begriffsbestimmung der Manie. Campbell: Behandlung der manikalischen Aufregung. Jensen: Bericht über die Verwaltung der Ostpr. Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Allenberg in der Zeit vom 1. April 1884 bis 31. März 1885. Ingels: Statistique médicale de l'Hospice de Guislain pendant l'anné 1885. Peel und de Craene: Aerztliches Gutachten über den Brandstifter T.

III. Personalien.

I. Originalien.

Ein Fall von lateraler amyotrophischer Sclerose.

Degeneration der Pyramidenbahnen längs deren ganzem Verlauf, sowie auch diejenige der Hirnrinde an den entsprechenden Stellen.

Von Prof. A. KOSCHEWNIKOFF in Moskau.

Im Jahre 1883*) habe ich einen Fall von lateraler amyotrophischer Sclerose beschrieben, wo die Degeneration der Pyramidenbahnen sich ihrer ganzen Länge nach verbreitete; am Ende des vorigen Jahres

*) Archives de neurologie, 1883. Nro. 18.

habe ich einen neuen Fall dieser Krankheit beobachtet, wo die Degeneration nicht nur längs der ganzen Pyramidenbahn, sondern auch in der Hirnrinde der Centralwindungen constatirt wurde. Da dieser pathologische Process in wissenschaftlicher Hinsicht ein sehr grosses Interesse bietet, halte ich es nicht für überflüssig auch diesen zweiten Fall zu veröffentlichen. Eine ausführliche Beschreibung des Falles wird nächstens in russicher Sprache erscheinen, jetzt will ich nur kurz die Hauptzüge desselben mittheilen.

Martha Danilowa, 51 Jahre alt, Frau eines Unterofficiers, wurde den 19. September 1884 in die Nervenabtheilung der Universitätsklinik zu Moskau aufgenommen. Bis zur gegenwärtigen Krankheit hatte sich Patientin überhaupt einer guten Gesundheit erfreut. Eine erbliche Prädisposition zu Nervenkrankheiten, sowie auch ein abusus spirituosorum ist nicht vorhanden; an Syphilis hat sie nicht gelitten. Die gegenwärtige Krankheit hat Anfangs April 1884, wie es scheint, in Folge von Erkältung begonnen. Patientin hatte kalten Sand mit den Händen eingeschüttet; bald darauf fühlte sie Schmerzen, etwas später Schwäche in den Armen und bemerkte ein Abmagern derselben. Diese Erscheinungen wurden allmählich stärker, so dass gegen Hälfte August die Bewegungen der Arme, besonders im Schultergelenk, fast unmöglich wurden, das Abmagern der Arme auch schon merklich vorgeschritten war. Kurze Zeit nach der Affection der Arme trat Schwäche der Muskeln des Nackens ein, begleitet von einem merklichen Abmagern derselben. Im Juli beginnt die Artikulation schwierig zu werden; im September zeigt sich einige Schwäche im rechten Bein.

Stat. praes. Die Kranke ist von starkem Körperbau. Subcutane Fettschicht stark entwickelt. Die Bewegungen der oberen Extremitäten sind fast ganz aufgehoben; die Arme hängen dem Gesetz der Schwerkraft gemäss herunter. Keine Rigidität der Muskeln. Eine scharf ausgesprochene Atrophie aller Muskeln des Oberarms und der hintern Muskeln des Halses; starke fibrilläre Zuckungen; erhöhte Sehnenreflexe von triceps et biceps brachii. Die elektrische, sowohl faradische als galvanische Erregbarkeit bedeutend herabgesetzt; in einigen Muskeln ist dieselbe ganz aufgehoben, in andern nur träge Zuckungen und An Sz = Ka Sz ; eine gesteigerte galvanische Erregbarkeit war in keinem Muskel vorhanden. Die Kraft der Beine, besonders diejenige des rechten, etwas beeinträchtigt, die Kranke kann aber ziemlich gut gehen; Merkmale spastischer Gangart nicht vorhanden, dagegen sowohl Patellar- als Achillessehnenreflex, sehr erhöht; offenbare Merkmale der Muskelatrophie an den Beinen sind nicht vorzuweisen, jedoch die elektrische Erregbarkeit in denselben ebenfalls etwas herabgesetzt. Die Sensibilität überall vollkommen normal. Die Zunge wird beim Heraustreten ein wenig rechts abgelenkt, fibrilläre Zuckungen in derselbeu sehr deutlich, die Muskeln etwas atrophirt. Die Artikulation ein wenig gestört, die Stimme ziemlich schwach. Das Schlucken ungehemmt. Der untere Theil des Gesichts zeigt auf beiden Seiten Spuren des paretischen Zustandes. Athmung ungestört. Harn- und Darmentleerung regelmässig. Urin normal.

Die Krankheit wurde als Sclerosis lateralis amyotrophica mit einer entsprechenden Läsion des verlängerten Markes diagnosticirt. Die Kranke lebte in der Klinik nur noch zwei Monate, während welcher ihre Krankheit immer weitere Fortschritte machte. Die Beine wurden immer schwächer; es traten ebensolche Schmerzen in denselben auf wie in den Armen und eine deutliche Atrophie der Muskeln machte sich bemerkbar. Von Zeit zu Zeit stellten sich Athmungbeschwerden ein. Gegen Ende October wurde das Schlucken merklich erschwert, die Stimme schwächer; die Athmungsbeschwerden wurden häufiger und während eines solchen Anfalls, am 20. November 1884, also $7^1/_2$ Monate nach Beginn der Krankheit, ohne jegliche zufällige Complication, starb die Kranke.

Bei der Section sind in der Brust und Bauchhöhle keine wichtigen Veränderungen vorgefunden worden; in der Schädelhöhle nur atheromatöse Entartung der Gefässe, in nicht sehr hohem Grade und Atrophie der Wurzeln der n. hypoglossi; das Grosshirn, dessen Häute, sowie auch die Hirnwindungen, erschienen bei makroskopischer Untersuchung vollkommen normal. Durch die Grosshirnhemisphären wurden mehrere horizontale Schnitte gemacht, bei keinem derselben wurde aber makroskopisch etwas Pathologisches gefunden. Das Rückenmark und dessen Häute waren makroskopisch ebenfalls normal; nur die Vorderwurzeln der untern Cervicalnerven scharf atrophirt. Die Muskeln der obern Extremitäten, des Schultergürtels und der Cervicaltheil des m. cucullaris — atrophirt; sie waren dünn, welk, blass, leicht gelblich gefärbt. Mikroskopisch war die Verfeinerung der Muskelfasern, die Vermehrung der Muskelkerne und in den Schnitten eine verhältnissmässige Wucherung des interstitiellen Bindegewebes zu sehen. — Die Muskeln des Unterschenkels und des Fusses ebenfalls, aber nicht stark, atrophirt. Die Muskeln der Zunge zeigten unzweifelhafte Merkmale einer ziemlich hochgradigen Atrophie. N. medianus, ulnaris und radialis schienen makroskopisch normal zu sein; bei mikroskopischer Untersuchung erwiesen sich aber einige Fasern derselben atrophirt und entartet — Zerfall des Myelins, Vermehrung der Kerne in der Schwann'schen Scheide und in dem Neurilemma. Ebensolche Veränderungen, aber in bedeutend höherem Grade zeigten die Vorderwurzeln der unteren Cervicalnerven, theils auch der obern Dorsalnerven, und die Wurzeln der n. hypoglossi. Die Nervencentren sind im frischen Zustande mittels Zerzupfung derselben und in Schnitten, nach deren Härtung durch Kali bichrom., untersucht worden. Im frischen Zustande wurden im Rückenmarke, dessen ganzer Länge nach, eine Masse Körnchenzellen gefunden, aber nur in den Seiten- und theilweise in den Vordersträngen; in den Hintersträngen fehlten dieselben vollkommen; man konnte sich zugleich überzeugen, dass in den Vorderhörnern der Cervicalanschwellung und in denjenigen des obern Brusttheils viele Nervenzellen entartet und atrophirt waren, während dagegen in der Lumbalanschwellung die meisten derselben normal geblieben waren. Eine ungeheure Masse Körnchenzellen wurden in den Pyramiden des verlängerten Markes, im untern (vordern) Theile des p. Varoli, dessen Longitudinalfasern

entsprechend, sowie auch im mittleren Theile der beiden pedunculi cruris cerebri vorgefunden. Körnchenzellen wurden ebenfalls in grosser Anzahl in beiden Hirnhemisphären ganz symmetrisch gefunden: in den unteren Schnitten fanden sie sich am hintern Schenkel der capsula interna zwischen thalamus und nucleus lenticularis, ungefähr am dritten Viertel vom Knie desselben gerechnet; hier waren sie sehr zahlreich, aber nicht weit verbreitet. In einem höher gemachten Schnitte befanden sie sich nach aussen zu von der cauda n. caudati; hier nahmen sie einen grössern Raum ein, waren aber nicht so dicht zusammengehäuft. Mit den Schnitten höher gehend, konnte man die Körnchenzellen bis zur Rinde der Centralwindungen, hauptsächlich der vorderen, verfolgen, wobei deutlich zu sehen war, dass die Körnchenzellen sich fächerartig von der capsula interna verbreiteten. Ihre Zahl war ganz dieselbe, wie auch in dem früher von mir beschriebenen Falle; nur wurden hier die meisten derselben bis zum mittleren Theile der vorderen Centralwindung, sodann viele im obersten Theile der Windung und im lobulus paracentralis gefunden; sie waren nur bis zum untern Drittel der vordern Centralwindung zu sehen, im untersten Theile derselben aber, im operculum, ist es uns nicht gelungen sie zu finden. In allen andern Theilen der Hirnhemisphähre fehlten sie ebenfalls. Was die Hirnrinde anbetrifft, so liess uns die Untersuchung derselben im frischen Zustande vermuthen, dass die grossen pyramidalen Zellen der vordern Centralwindung, in deren Mitte und oberem Theile entartet und atrophirt seien: sie waren nicht zahlreich, stark pigmentirt, ihre Form und ihre Umrisse waren unregelmässig. Die Schnitte der erhärteten Nervencentren wurden mit Carmin, Picrocarmin, häuptsächlich aber nach Weigert's Methode (Hämatoxylin — Blutlaugensalz) bearbeitet. An diesen Schnitten sah man sehr deutlich, dass im Cervicaltheil des Rückenmarks die Fasern der Pyramidenbahnen in den Seitensträngen entartet waren, dagegen die Kleinhirnseitenstrangbahnen, sowie die Grenzschicht der Seitenstränge normal geblieben waren; ebenso die Hinterstränge. Die Degeneration der Pyramidenbahnen zeigte nach vorne keine scharfen Grenzen, sondern verbreitete sich, allmählich verschwindend, bis auf den Vordertheil der Seitenstränge und auf die Vorderstränge, wobei die Türk'schen Stränge sich in ihrer Farbe von den übrigen Theilen der Vorderstränge nicht unterschieden. Gleichzeitig war die Atrophie der Zellen der Vorderhörner, vorzüglich deren innern Gruppe, sehr scharf ausgedrückt. Im obern Brusttheil zeigte sich ebenfalls Degeneration der Pyramidenbahnen in den Seitensträngen, theilweise auch der Fasern der Vorderstränge und der vordern Hälfte der Seitenstränge, sowie Atrophie der Nervenzellen der Vorderhörner; die Hinterstränge aber, die directen Kleinhirnseitenstrangbahnen, die Grenzschicht der Seitenstränge und die Clark'sche Säule waren vollkommen normal geblieben. In der Lumbalanschwellung waren die Zellen der Vorderhörner meistens normal geblieben; die Degeneration der Pyramidenbahnen war aber auch hier scharf ausgedrückt. — Im verlängerten Marke war die Atrophie der Fasern der Pyramiden, ihrer ganzen Länge nach, sowie diejenige der Zellen

des Kernes des n. hypoglossus und theils auch der Wurzelfasern dieses Nerven sehr deutlich zu sehen. Der Kern des n. vagus und die übrigen Theile des verlängerten Markes waren normal. Im pons Varoli waren die Longitudinalfasern in dessen untern (vordern) Hälfte entartet. Den Kern des n. facialis haben wir, zu unserm Bedauern, nicht untersuchen können. In crura cerebri sah man an den Schnitten deutlich, dass nur die Fasern des mittleren Drittels des pedunculus cruris verändert waren — wogegen die übrigen Theile keine Abweichungen von der Norm zeigten.

Zur Untersuchung der capsula interna hatten wir horizontale Schnitte in beiden Hemisphären durch die grossen Ganglien gemacht, so dass die ganze capsula interna zu sehen war; dabei ergab es sich, dass alle Theile dieser Schnitte normal erschienen, mit Ausnahme einer, an beiden Hemisphären symmetrischen Stelle, wo die Nervenfasern entartet waren. Diese Stelle befand sich auf den untern Schnitten am hintern Schenkel der capsulu interna, nahm fast den ganzen Zwischenraum zwischen thalamus und n. lenticularis, dessen lamina medullaris interna entsprechend, ein und erstreckte sich von vorne nach hinten etwas weniger als auf einen halben Centimeter. Auf den höher gemachten Schnitten, wo nur das 2. und 3. Glied des n. lenticularis zu sehen waren, entsprach die Mitte der pathologisch veränderten Stelle der lamin. medul. extern. Auf den Schnitten über dem thalamus befand sich die Stelle der Veränderung zwischen dem hinteren Ende des n. lenticularis und dem Schwanz des n. caudatus, wobei dieselbe grösser im Umfange, aber weniger scharf begrenzt erschien. Auf den Schnitten, die durch die weisse Substanz über den grossen Ganglien gemacht waren, sah man nur mikroskopisch zerstreute Bündel von entarteten Fasern, in der Richtung der Centralwindungen, vorzüglich der vordern. Die Veränderung der weissen Substanz trat neben der Rinde der Centralwindungen schärfer hervor: hier war in den Carminpräparaten die weisse Substanz so intensiv gefärbt, dass es schwer war die Grenze zwischen der weissen und der grauen Substanz zu bestimmen. Das Mikroskop zeigte da eine sehr grosse Anzahl Körnchenzellen, die bei der Bearbeitung des Präparates verändert waren, Spinnenzellen, Kerne der Neuroglia und Hyalinmassen von verschiedener Form und Grösse, die intensiv mit Carmin gefärbt waren. Ebensolche Veränderungen waren auch in der Rinde der Centralwindungen, hauptsächlich in der Mitte der vordern, deutlich zu bemerken, hier waren auch sehr viel Kerne und Spinnenzellen zu sehen. Zugleich waren aber auch unzweifelhaft veränderte Nervenzellen vorhanden: in dieser Hinsicht boten die äussere und die innere Hälfte der Hirnrinde der Centralwindungen einen sehr grossen Unterschied, — in der äussern sah man deutlich eine grosse Anzahl kleiner pyramidaler Zellen, die vollkommen normal zu sein schienen; dagegen in der innern Hälfte, an der Grenze der weissen Substanz, war die Zahl der grossen pyramitalen Zellen unzweifelhaft vermindert und von den zurückgebliebenen boten sehr viele ungefähr dieselben Veränderungen wie die Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks, — sie waren von unregelmässiger, rund-

licher Form, ohne Fortsätze; von einigen war nur der Kern und ein Pigmentklümpchen nachgeblieben. Solche Veränderungen der Rinde traten am schärfsten im Mitteltheil der vordern Centralwindung hervor, sodann in deren oberstem Theile und im lobulus paracentralis — hierselbst waren die Betz'schen Riesenpyramiden verändert und ihre Zahl vermindert. In der Rinde des untern Theiles der vordern Centralwindung konnten keine Veränderungen nachgewiesen werden; in der weissen Substanz desselben war dagegen eine Entartung der Nervenfasern, aber in keinem sehr hohem Grade, zu sehen. In den übrigen Theilen des Grosshirns waren weder in der weissen Substanz, noch in der Rinde irgend welche pathologischen Veränderungen zu bemerken.

Hieraus ersieht man, dass in diesem Falle nicht nur die Nervenfasern, welche die Pyramidenbahn bilden, ihrem ganzen Verlauf nach entartet waren, sondern dass der pathologische Process auch diejenigen Nervenzellen ergriffen hatte, welche offenbar eine active Rolle beim Entstehen der willkürlichen Bewegungen spielen. — Es ist bemerkenswerth, dass die kleinen Nervenzellen der obern Hälfte der Hirnrinde der Centralwindungen keine Veränderungen erlitten hatten.

Moskau, 19./31. August 1885.

II. Referate und Kritiken.

430) **Victoria Fämiliant** (Simpheropol-Russland): Beiträge zur Vergleichung der Hirnfurchen bei den Carnivoren und den Primaten. Im Anschlusse an die Untersuchung eines Löwen-Gehirnes. (Inaugural-Dissertat. Bern 1885.)

Die Untersuchung des Gehirnes einer 5 Jahre alten Löwin wurde im anatomischen Institute der Thierarzneischule in Bern unter M. Flesch's Leitung vorgenommen. Ohne Figuren ist es schwer möglich sich ein genaues Bild der beschriebenen Furchen zu machen — wir erlauben uns daher, einfach die Ergebnisse der Beschreibung des Löwengehirnes zu recapituliren. 1) Die Form des Löwengehirnes nimmt in mancher Hinsicht eine Mittelstellung zwischen Hund- und Katzen-Gehirn ein. 2) Das Löwengehirn schliesst sich dem Katzengehirne an, durch die vollständige Trennung der Fiss. antica und postica Krueg, durch die eigenthümliche Krümmung des Vermis cerebelli. 3) Von den Gehirnen des Hundes und der Katze gleichmässig unterscheidet sich das Löwengehirn durch das verhältnissmässig geringe Vorstehen des Kleinhirnes hinter dem Occipitalende des Grosshirnes und die relative Schmalheit des lob. pyriformis. Die Ergebnisse der Vergleichungsversuche lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen: 1) Die Hauptfurchen des Carnivorengehirnes sind auch am Primatenghirne nachzuweisen. 2) Die wesentlichen Unterschiede zwischen den Furchen des Carnivorengehirnes und homologen Furchen des Primatengehirnes sind theils auf unvollkommene Ausbildung oder vielleicht Rückbildung

einzelner Theile, theils auf Zusammenfliessen einzelner Abschnitte ursprünglich getrennter Furchen zurückzuführen. 3) In gleichen Varietäten der Furchung des Menschengehirnes kommen zuweilen die primitiven Verhältnisse des Carnivorengehirnes wieder zum Ausdrucke. 4) Die Parieto-Occipitalfurche oder innere Hinterhauptfurche ist eine selbstständige im Carnivorengehirne nicht enthaltene Bildung. 5) Homologe Furchen sind folgende a) Fiss. centralis und Fiss. coronalis; b) Fiss. splenialis und callosomarginalis; Fiss. rhinalis posterior und Fiss. occipitotemporalis; — d) Fiss. praesylvia und Fiss. frontalis inferior. Eine theilweise Homologie besteht: a) Zwischen Fiss. lateralis + ansata Krueg (= hinterer lateralen Hauptfurche Pansch) und vorderen Theil der Fiss. suprasylvia einerseits, Fiss. parietalis andererseits, ferner b) Fiss. suprasylvia, hintern Theil und untere Temporal-Furche. c) Fiss. postica Krueg (hinterer Theil der unteren Bogenfurche, Pansch) und oberen Schläfenfurche. d) Die secundären Furchen, vor allem im Stirnlappen des Menschengehirnes beruhen auf einem selbstständigen Furchungsmodus, der erst spät aufgetreten ist und daher weitgehenden Schwankungen unterliegt.

Goldstein (Aachen).

---

431) **L. Mauthner** (Wien): Die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen. Die Nuclearlähmung. (Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1885. 91 p.)

Mauthner theilt die intracranielle Augenmuskellähmung sachgemäss ein: in die cerebrale und basale, von denen er erstere wieder scheidet in die corticale nucleare und fasciculare. Die *nucleare* Lähmung bildet das Thema des ersten Theiles seiner Abhandlung; er geht zur Beleuchtung des Wesens derselben genau und ins einzelne die 29 bis jetzt in der Literatur mitgetheilten Fälle dieser Gattung durch, daran anschliessend die Mittheilung der ätiologischen Erklärung, wie sie jeder Autor dem einzelnen Falle hat angedeihen lassen. Von Interesse ist, dass erst Förster (Breslau) i. J. 1878 der erste war, der das ätiologische Moment dieser Ophthalmoplegia externa die meist ohne Affectionen der internen Augenmuskeln (Iris und Accomodation) einhergeht, in den Affectionen der Nervenkerne erkannte. Er nahm den Krankheitsherd an, der im Boden des Aquaed. Sylvii und des IV. Ventrikels zu suchen ist, aber nicht bis zum 3. Ventrikel reicht, wo das Centrum der Accomodation und Pupillenbewegung liegt.

Die Frage, ob jede Ophthalmoplegia externa unbedingt eine intercranielle, cerebrale, nucleare Ursache haben müsste, beantwortet M. dahin, dass, — wenn Gründe vorliegen, für eine uncomplicirte exteriore Ophthalmoplegie cerebrale Ursache anzunehmen — nur die Diagnose der nuclearen Ophthalmoplegie überhaupt möglich ist, da uns gegenwärtig noch jeder Anhaltspunkt für die Existenz einer *corticalen* Ophthalmoplegia externa fehlt, während die Lähmung aus *fascicularer* Ursache von vielen andern Herdsymptomen begleitet sein müsste. Annahme einer *basalen* Ursache ist an und für sich ausgeschlossen.

Nur bei Sitz der Erkrankung in den Nervenkernen ist ein vollkommenes Freibleiben der Iris- und Accomod.-Fasern bei Affection der Fasern der externen Muskulatur möglich, und ist daher jenes ein äusserst werthvolles, wenn auch nicht durchaus charakteristisches Symptom zur Diagnose der nuclearen Lähmung. Erklärlich wird dies so häufig beobachtete isolirte Vorkommen der exterioren ohne die interiore Ophthalmoplegie trotz der räumlich so fast unmittelbaren Nähe der Kerne, weil die beiden Centren isolirte Gefässbezirke haben, die nicht mit einander anastomosiren.

Häufig schreitet der krankhafte Process indess auch nach vorne oder nach rückwärts, und wird danach die Ophthalmoplegie durch Hineinziehung der Sphincter- und Accomodations-Fasern zu einer totalen (exterioren und interioren) werden, resp. die Kerne des 7.—12. Hirnnervenpaares afficirt, und Med. oblongata und spinalis in Mitleidenschaft gezogen werden. (H. Heines Krankengeschichte.) Nach genauer Detaillirung der Symptome der nuclearen Lähmung der einzelnen Augenmuskelnerven kommt M. zu dem Schlusse, dass die Nerven für die Muskulatur jeden Auges sämmtlich ihre Kerne auf der gleichnamigen Seite haben und dass daher die einseitige totale Ophthalmoplegie einfach durch die reihenweise Erkrankung der gleichseitigen Nervenkerne bedingt wird. Nuclearlähmungen sind nicht associirte Lähmungen (Wernicke). Die Annahme von Kahler und Pick betr. die Lage der Oculomotoriuskerne wird durch die klinische Beobachtung als richtig gestützt.

Isolirte Lähmungen externer Augenmuskeln lassen sich zuweilen auch aus den begleitenden Symptomen als nucleare auffassen. Der Kopfschmerz fehlt bei nuclearer Lähmung bald gänzlich, bald ist er in heftigem Grade entwickelt. Die Symptomengruppe der nuclearen Lähmung darf nicht mit einer *Poliencephalitis superior* identificirt werden (Wernicke). Die nucleare Ophthalmoplegie kann von Geburt an bestehen oder sich in frühester Kindheit entwickeln, oder auch bei erwachsenen Individuen allmälich zur Entwicklung kommen. Betreffend den Endausgang kann sie durch Complicationen zum Tode führen, oder der Besserung resp. Heilung zugeführt werden, oder es bleiben die rasch gesetzten Muskellähmungen stationär, oder auch treten wiederholte Attaquen auf; die Prognose ist daher im Allgemeinen als eine sehr dubiöse hinzustellen. Fälle auf syphilitischer Basis versprechen noch relativ durch Darreichung grosser Gaben von Jodkalium eine günstige Voraussage. — Die Prognose der durch traumatische Blutung hervorgerufenen Nuclearlähmungen ist unbekannt.

Nieden (Bochum).

---

432) **H. Wilbrand** (Hamburg): Ueber concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei functionellen Störungen der Grosshirnrinde und über Incongruenz hemianopischer Gesichtsfelddefecte. (Zehend. Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. XXIII. p. 73.)

Wilbrand knüpft seine Arbeit an die in der Arbeit von Thomsen und Oppenheim (Arch. f. Psych. XV. 2.) „über das

Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems“ aufgestellte These an, wonach für die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung wesentlich die Rinde des Hinterhauptlappens in Frage komme. Den Widerspruch den obige Verf. darin finden, dass organische Läsionen der Rinde des Hinterhauptlappens Hemianopsie und nicht concentr. Gesichtsfeldeinschränkung bewirken; die functionelle Störungen indess, die der epileptische Anfall setzt resp. welche denselben hervorrufen, oft grade in letzterer beruhen und desshalb eine anderweitige Erklärung bedürfen, sucht Wilbrand durch genaue Analyse einzelne Fälle zu heben und auch Th.'s Beobachtungen dem hemianopischen Symptomencomplexe unterzuordnen. Störungen *eines* Sehcentrums bedinge vorübergehend entweder völligen Ausfall der Function, oder concentrische, um den Fixationspunkt gelegene Gesichtsfeldeinschränkung auf den dem gestörten Sehcentrum coordinirten homonymen Netzhauthälften. Die Grösse und Congruenz der concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Functionsstörungen *beider* Sehcentren ist abhängig 1) von der Grösse der Flächenausdehnung des einen Sehcentrums zu der des anderen, 2) von dem Flächenverhältniss der einzelnen kleinsten Fascikelfelder des Fasc. lateralis zu denen des cruciatus, und von dem Intensitätsgrade der Functionsstörung je eines Sehcentrums.

Nieden (Bochum).

---

433) **Oser** (Wien): Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung.
(Separatabdruck aus der „Wiener Klinik“ 1885.)

Es hat seine grossen Schwierigkeiten, die Neurosen des Magens in einer Broschüre zu behandeln und sie gewissermassen in ein System bringen zu wollen. Verf. gesteht unumwunden zu, dass die hier gelieferte Schilderung der Gastroneurosen nur die Bedeutung eines Schemas hat, in welchem die verschiedenen Formen *nach* einander dargestellt sind. Im Leben bilden die *combinirten* Neurosen die Regel, dazu tritt dann noch der Umstand, dass eine essentielle Magenerkrankung complicirend vorhanden sein kann und dann weiss man wieder nicht, auf welche von beiden man die Symptome beziehen soll, welche die primäre, welche die secundäre ist. Wie viele Symptome ferner haben die verschiedenen Formen der Grastroneurosen gemeinsam und wie oft führt eine Sensibilitätsneurose z. B. Erscheinungen im Gefolge, die bei ihrer Steigerung zur motorischen Neurose führen? Man sieht, die Verhältnisse liegen hier sehr complicirt. Wir wollen im Folgenden kurz dem Gange der Schilderung des Verf.'s folgen, indem auch wir seine Eintheilung acceptiren, die von der von Stiller unlängst gegebenen wesentlich abweicht. Stiller theilt die Magenneurosen in idiopathische, reflectorische und durch allgemeine Neuropathien bedingte. Dem Verf. ist heut zu Tage das ätiologische Moment noch viel zu unsicher und er bespricht daher zunächst die

Motilitätsneurosen. Die Lehre von der Innervation des Magens ist noch eine vollständig unfertige. Aus Verf.'s Versuchen, die er auch anderweitig publicirt hat, geht hervor, dass die bei den meisten

Thieren bestehenden Pyloruscontraktionen bestehen bleiben nach Durchschneidung der Vagi am Halse und der Splanchnici in der Brusthöhle. Ferner, dass Reizung der Vagi am Halse constant eine Pyloruscontraktion hervorruft und Reizung der Splanchnici in der Brusthöhle die spontanen Contractionen des Pylorus unterdrückt. Nach Pflüger muss man annehmen, dass im Magen Ganglien vorhanden sind, welche die Bewegung nach Durchtrennung der beiden genannten Nerven anregen. Die erste Gruppe der patholog. Veränderungen im motor. Nervenapparate des Magens umfasst die Krankheiten, welche auf eine Verminderung des Muskeltonus oder der motor. Kräfte im Allgemeinen zurückzuführen sind, sogenannte Hypokinesen. Hierher gehören 1. Die Rumination oder der Merycismus, wovon Verf. ein instructives Beispiel anführt. Zur Erklärung dieser sonderbaren Affection genügt eine Insuffienz der Cardia allein nicht, man muss noch eine gesteigerte Peristaltik, eine erhöhte motor. Reizbarkeit des Magens annehmen, um zu erklären, wieso die Speisen in die Mundhöhle gelangen. 2) Die Isufficienz oder Incontinenz des Pylorus. Ebstein sah Fälle, die nur auf motorische Ursachen zurückgeführt werden konnten. 3) Die Gastsroplegie, die muskuläre Insufficienz oder Atonie des Magens. Diese Neurose gehört in die Krankheitsgruppe, welche unter dem Namen Dilatatio ventriculi zusammengefasst wird. Die Lähmung oder Atonie der Magenmuskulatur kann centralen oder peripheren Ursprungs sein. Reflexwirkungen von den verschiedensten Organen, namentlich den weiblichen Genitalien aus, spielen hier eine grosse Rolle.

Die zweite Gruppe der motor. Neurosen erheischt eine Steigerung der motor. Kräfte, es sind die sog. Hyperkinesen. 1) Krampf der Cardia. Openchowski stellte anatomisch einen Dilatator und Nervi constrictores cardiae dar; durch Vagusreizungen brachte er je nach Häufigkeit und Intensität Contractionen und Erweiterungen der Cardia zu Stande. 2) Krampf des Pylorus, ein Reflexkrampf durch abnormen Mageninhalt oder durch gewisse anatomische Veränderungen ausgelöst. Centralleiden und Erkrankungen des peripheren Nervensystems rufen vielleicht häufig diesen Krampf hervor. 3) Gastrospasmus, tonischer Magenkrampf, über dessen Existenz vielfach gestritten wird. 4) Peristaltische Unruhe, von Kussmaul so bezeichnet, wobei die peristaltischen Bewegungen des Magens in abnormer Weise sicht- und fühlbar werden. 5) Eructatio, das nervöse Aufstossen. Namentlich bei männlichen und weiblichen Hysterikern findet sich Aufstossen von Luft in unglaublichen Mengen. Stiller hält die Lähmung der Cardia für das Primäre bei dieser Neurose; Verf. zeigt, dass die Annahme einer solchen nicht absolut nothwendig ist. Bei der Therapie wird wohl die allgemeine Behandlung die Hauptsache sein. 6) Vomitus nervosus, das nervöse Erbrechen. Es handelt sich beim Erbrechen um eine complicirte Aktion verschiedener Muskelapparate, das von nervösen Centren aus eingeleitet wird. Die Existenz eines „Brechcentrums“ ist bislang noch nicht sicher erwiesen. In den häufigsten Fällen ist vom. nervos. eine Reflexneurose. Gehirnerkrankungen disponiren bekanntlich am meisten dazu. Vom sexuellen System,

von den Organen der Bauchhöhle aus wird das reflectorische Erbrechen im engeren Sinne am häufigsten eingeleitet. Die leichteste Form, die Gastrorrhoe wird als eigene Form der Neurose beschrieben. Die Therapie hat eine Unzahl Mittel zu Tage gefördert, da die Grundursache sehr oft nicht zu bestimmen ist. Ref. kann nicht umhin, dem schon von Weiss empfohlenen Cocain. muriat. in 2 proc. Lösung 5 Tropfen mehrere Male pro die recht kräftig das Wort zu reden.

Der zweite Hauptabschnitt bespricht die

Sensibilitätsneurosen. Auch die sensiblen Nerven des Magens sind wenig erforscht. Schiff verlegt sie in die Bahnen des Vagus, doch führt wahrscheinlich auch der Sympathicus aus dem Plexus coeliacus solche Fasern zum Magen. Als erste Unterabtheilung figuriren die *Veränderungen* der *physiologischen Empfindungen.* Fehlen des physiologischen Hunger- und Sättigungsgefühls, schmerzhafte Sensationen als Hungergefühl, abnorme Steigerung des Hungergefühls (Bulimie). Zweitens kommen die *pathologischen Empfindungen* an die Reihe. a) Temperatur- und Bewegungsgefühl, b) Uebelkeit und verwandte Empfindungen, c) Druckgefühl, d) Magenschmerz, Gastralgie. Alle diese Neurosen treten in verschiedenen Combinationen auf, einzelne Formen nur treten markanter hervor, das sind 1) Die Hyperästhesie, welche sich durch Druckgefühl nach jeder Nahrungseinnahme äussert. Diese Neurose bezeichnet man heut zu Tage mit dem wenig passenden Namen „nervöse Dyspepsie“ Der vorigjährige medicinische Congress hat deutlich gezeigt, wie wenig Eintracht unter den Klinikern in Betreff dieser Krankheit besteht. Gegen Name, Inhalt und Deutung der Leube'schen Auseinandersetzungen wurden die verschiedensten Einwendungen laut. Die Neurose betrifft in den meisten Fällen Neurastheniker und gibt zu den allerverschiedensten Deutungen in Betreff ihrer Entstehung Veranlassung. 2. Die Hyperästhesie mit heftigem Schmerz nach jeder Nahrungseinnahme. 3. Die Hyperästhesie gegen Salzsäure. 4. Die Gastralgia gravis. In mehreren Fällen, die hierher gehören, lag ein Centralleiden zu Grunde. Die Mehrzahl der von dieser Neurose Befallenen waren Morphinisten. 5. Die intermittirende Gastralgie als Ausdruck von Malaria.

Als Unterscheidungsmerkmale der Sensibilitätsneurosen von substantiellen Magenkrankheiten führt Verf. hauptsächlich an: Bei den Sensibilitätsneurosen ist die Verdauung intakt, die physical. Untersuchung des Magens ergibt keinerlei objective Veränderungen; die Empfindungen treten oft bei nüchternem Magen auf; es bestehen gleichzeitig Neurosen in anderen Gebieten; psychische und moralische Momente bringen häufig Veränderung des Leidens. Gelingt es die Ursache der Neurose zu finden, so ist damit die Therapie gegeben, sonst sind wir auf eine symptomatische Behandlung angewiesen. Die Mittel sind natürlich unzählig. Gegen die Hyperästhesie der Magenschleimhaut schlägt als Palliativmittel Leube den constanten Strom vor.

Die dritte Hauptabtheilung bilden die

Secretionsneurosen. Ihre Existenz ist sehr wahrscheinlich, aber noch nicht bewiesen. Ein unzweifelhafter Beweis für das Vorhanden-

sein von Nerven, welche die Secretion der Magendrüsen reguliren, existirt nicht. Verschiedene Autoren geben an, dass nach Durchschneidung der Vagi am Halse die Absonderung vollständig aufhöre, andere lassen sie darnach nur langsamer werden und führen gar diesen letzteren Umstand auf eine Störung der Magenbewegung zurück. Schiff fand nach Durchschneidung der Vagi am Halse Störung in der Pepsinbildung nur in der ersten Zeit. Eine wahre Secretionsneurose ist die jüngst von Rossbach beschriebene *Gastroxynsis*. R. glaubt, dass die abnorm starke Magensäuresekretion angeregt wird von gewissen Centraltheilen aus theils direkt, theils reflectorisch auf der Vagusbahn. Hierher gehören auch Reichmann's Fälle von Uebersäuerung. Für fehlerhafte Innervation der Drüsen, die zu Verdauungsstörungen führen, schlägt Verf. den Namen „neurogene Dyspepsie" vor. Ihre Symptome haben mit dem Magenkatarrh solch grosse Aehnlichkeit, dass eine differenzielle Diagnose oft gar nicht zu stellen ist. Auch Zustände krankhafter Secretionsverminderung kommen vor. Die von Leube und kürzlich von Riegel angegebenen Methoden der Untersuchung der Verdauungsproben müssen hier eine weitere Differenzirung ermöglichen.

Den Schluss bilden die

Vasomotorischen Neurosen. Durch Verletzung verschiedener Punkte am Centralnervensystem sind Magenblutungen beobachtet, die man durch vasomotor. Innervationsstörungen zu erklären versucht. Charcot nimmt auch trophische Störungen dafür in Anspruch. Als Beispiel einer vasomotor. Gastroneurose dient die Magenblutung, die als vicariirende Menstruation auftritt. Die Magenblutungen, die Obersteiner und Krueg bei progressiver Paralyse gefunden haben, können ebenfalls auf eine vasomotorische Störung zurückgeführt werden.

Goldstein (Aachen).

---

434) **Boucher:** Observation d'un cas de maladie de Parkinson (paralyse agitante) causé par l'action du froid humide longtems prolongée. (Paralysis agitans in Folge lang andauernder Einwirkung von feuchter Kälte.) (Le Progrès méd. Nro. 30. 1885.)

Das überschriftlich erwähnte Krankheitsbild entwickelte sich bei einer früher gesunden, 50jährigen bemittelten Frau, die sich von dem Triebe beherrschen liess, jeden Tag mehrere Stunden mit Waschen oder Scheuren zu verbringen. Als sie auf Zureden ihres Arztes und ihres Gatten das Waschen endlich Andern überliess, fuhr sie doch noch fort, den Fussboden ihrer Wohnung häufig unter Wasser zu setzen und mit dem Wasser einen auffallenden Missbrauch zu treiben. Man entdeckte schliesslich, dass die ganze rechte Seite, besonders die obere Extremität, welche der Kälte beim Waschen am meisten ausgesetzt war, zu zittern begann. Fast gleichzeitig stellte sich, jedoch im geringeren Grade, Tremor der linken Seite ein. Es entwickelten sich nun rapide die übrigen Symptome der Krankheit, gegen welche die angewandte Therapie (Bromkalium, Jodkalium, Douche u. s. w.) erfolglos blieb.

Rabow (Berlin).

---

435) **G. Waller:** Twee Gefallen van Herpes met motorische Stoornissen. (Zwei Fälle von Herpes mit motor. Störungen.) (Weekbl. van het nederl. Tydschr. voor Genesk. 1885. Nro. 35.)

I. Eine 68 jähr. Wittwe bekam einen sehr schmerzenden Herpes der ganzen rechten Gesichtshälfte, der sowohl vorn wie hinten genau in der Mittellinie abschnitt. Nach einigen Wochen gesellt sich eine totale peripherische Facialisparalyse derselben rechten Seite hinzu mit vollständigem Geschmacksverlust auf der. r. Zungenhälfte. Typische Entartungsreaction. Verf. nimmt eine Degeneration des Nerv. trigeminus an. Bemerkenswerth ist, dass die Schmerzen sofort verschwanden, als die Faciallähmung auftrat, während von sensiblen Störungen der Haut noch nichts zu finden war.

II. 60 jähriger Mann; Röthe und Herpes an der Aussen- und Vorderseite des rechten Oberarm. Nach 8 Tagen Lähmung des N. axillaris und musculo-cutaneus.

In beiden Fällen voranschreitende Genesung durch Electricität.

Erlenmeyer.

---

436) **Chantemesse** und **Le Noir** (Paris): Névralgies bilatérales et dilatation l'estomac. (Doppelseitige Neuralgien und Dilatation des Magens.) (Arch. gén. de méd. Juli 1885.)

Neuralgien in Folge von Dilatation des Magens, zeichnen sich dadurch aus, dass sie vorzugsweise lumbale und immer doppelseitige sind, und sich je nach dem Grade der Verdauungsbeschwerden verschlimmern oder bessern, dass ihnen die Periodicität abgeht, dass sie mit Vorliebe in der Mitte des 8. und 9. Intercostalraumes ihren Sitz aufschlagen und lediglich in der Berücksichtigung des Zustandes des Magens ihre Besserung resp. Heilung finden.

Pauli (Köln).

---

437) **Axel Johannessen:** Acute Polyurie bei einem Kinde nach dem Stiche eines Ixodes ricinus. (Arch. f. Kinderheilkunde. VI. Bd. Heft 5.)

Verf. beobachtete folgenden Fall: Ein 11 jähriger, neuropathisch belasteter Junge wurde unten links vor der Protuberantia occipitalis externa von einem Ixodes ricinus (Holzbock) gestochen. Beim Versuch, das Thier zu entfernen, blieb der Kopf desselben stecken. Es bildete sich bald um den Stich herum eine schmerzhafte, bis zum linken Ohr gehende Geschwulst. Patient litt an Kopfschmerzen, konnte schlecht denken, den Kopf schwer bewegen. Verf. fand 13 Tage nach dem Bisse Gesicht blass, etwas träge reagirende Pupillen. Kopf wird steif nach links gebeugt. Cucullaris links stark contrahirt, schmerzhaft. Harn hell, klar, sauer, spec. Gew. 1,008, kein Eiweiss, kein Zucker enthaltend. Im weiteren Verlauf Delirien ab und zu, Haut trocken und warm, Polyurie 8 – 10 L. während 24 Stunden, Polydipsie 9—10 L. des Tages. P. 64, Temp. 38,5, Herztöne intermittirend. Eine chemische Untersuchung des Harns ergab ein spec. Gew. von 1003, saure Reaction, Verminderung der Chloride und Phosphate. Schallperception des linken Ohres vermindert. Rechter Mundwinkel nach rechts ge-

zogen, wobei auch Zunge deviirt. Befinden wird allmälig besser, Polyurie und Polydipsie lassen nach, dagegen stellt sich Polyphagie ein. Nach 5 Wochen ist der Junge gesund. — In der Epicrise stellt Verf. die Abhängigkeit des Diabet. insipidus vom Nervensystem hervor, unter Hinzuziehung der bekannten Bernard'schen Anschauungen. Da es sich im vorliegenden Falle um ein Kind handelt, bei dem eine acut entstandene und schnell verschwindende Polyurie eintrat, die von Taubheit auf dem l. Ohre, Schmerzen und Krämpfen in dem vom N. accessorius innervirten linken M. cucullaris, unregelmässigem Herzschlage, Parese in dem unteren Zweige des l. Facialis, erweiterten Pupillen und geschwächter Gehirnaction begleitet war, so deuten sämmtliche Symptome auf den gemeisamen Ursprung — auf den Boden des 4. Ventrikels — hin. Der Ixodes ricinus (Holzbock) ist verwandt mit dem Argas persicus, dessen Stiche lebensgefährliche Intoxicationen hervorrufen sollen. Auch sonst weist die Literatur vereinzelte Fälle auf, wo nach Bienenstiche etc. Polydipsie eintrat. Verf. stellt die Hypothese auf, dass entweder durch die Läsion des Stiches selbst oder durch einen specif. Einfluss desselben, sich eine Neuritis ascendens des accessorius bildete, die auf den Kern desselben, von da auf den Kern des Vagus, des acusticus und den unteren Kern des Facialis überging. Zwischen dem Anfang des n. acusticus und n. vagus liegt aber Cl. Bernard's Stelle der piqûre. Goldstein (Aachen).

438) **W. Hale White** (London): A case of neurotic pyrexia. (Ein Fall von nervösem Fieber.) (The Lancet. 25. Juli 1885.)

Wie Experimente darthun steht je eine Hälfte des Gehirns der Wärmeerzeugung der entgegengesetzten Körperhälfte vor und wie ferner bekannt, senden die beiden Wärmecentren die sich nach Hitzig und Wood in der Gegend des Sulcus Rolando befinden, Nerven durch die Crura, den Pons und die Medulla in die Muskeln, wo ihnen die Aufgabe zufällt, die hier unter dem Einflusse der Bewegung vorzugsweise erzeugte Wärme zu reguliren resp. deren Ueberhandnehmen vorzubeugen.

Ist nun dieser Apparat gestört, wie dies in der vorstehenden Beobachtung in Folge Blutergusses in das Gehirn der Fall war, so kommt es zu einem Ueberschuss an Wärme, zur erhöhten Körpertemperatur.

Anders verhält es sich da, wo eine Noxe die motorischen Centren oder die von denselben entspringenden und sich gleichfalls in die Muskeln verzweigenden Nerven, deren Fasern wahrscheinlich neben denen der ersteren verlaufen, getroffen hat, insofern die dadurch bedingte Lähmung die Bewegungen vermindert oder gänzlich unmöglich macht und so die Wärmeproduction — Temperatur heruntersezt.

Pauli (Köln).

439) **Boucheron** (Paris): Epilepsie d'origine articulaire; contribution à l'étude de l'otopiésis (compression articulaire). (Epilepsie articulären Ursprungs; Beitrag zum Studium des Gehör-(Gelenk) Drucks.) (Archiv. gén. de méd. August 1885.)

Den von B. in der Sitzung der Acad. des sciences vom 6. Juli

c. gemachten Angaben zufolge kann unter gewissen Bedingungen eine Reizung der Nerven des Organon auditus beim Menschen sowohl wie bei manchen Thieren epileptische Anfälle hervorrufen.

Dieselben differiren nicht von den gewöhnlichen, nur dass erstere eine Affection des Gehörorgans mit geringerer oder grösserer Taubheit oder mit Taubstummheit begleiten, beim Erwachsenen sich langsam entwickeln und als ursächliches Moment eine Verstopfung der Tuba Eustachii resp. ein luftleeres Cavum tympani, insofern die hier vorhandene Luft resorbirt und frische nicht zugeführt wird, anerkennen.

Da in Folge dessen die atmosphärische Luft keinen Gegendruck mehr findet, drückt sie gegen die Membrana tympani, welche diesen Effect durch die Gehörknöchelchen auf die Flüssigkeit des Labyrinths und dessen Nerven weiterträgt.

Wie die Luft können auch Fremdkörper, selbst Ohrenschmalz, jene Membran in gleicher Weise influenciren.

So leicht die Heilung solcher Fälle ist, so schwierig gestaltet sich dieselbe da, wo meningitische Prozesse, Fracturen, Caries, Necrose des Felsenbeins, Hämorrhagien, Suppuration des Labyrinths, Ossification (Politzer) den Ausgangspunkt der Reizung der Nervi acustici bilden.

Pauli (Köln).

---

440) **John Urguhart** (Edinburg): Case of paralysis of sensation. (Ein Fall von Gefühlslähmung.) (The Lancet. 1. August 1885.)

Ein schwächlicher, nervöser Mann von 39 Jahren wurde eines Tages ohne nachweisbare Ursache bei vollständig intacter Motilität von Anästhesie ergriffen, die, von den Zehen beginnend, sich bis zum Unterleibe erstreckte und sich selbst bei der Defäcation und beim Uriniren bemerkbar machte. Die in einer Kaltwasserheilanstalt eingeleitete Cur, bestehend in der innerlichen Darreichung von Kalium jodatum und K. bromatum, in Ableitungen, heisser Salzwasserdouche, Ruhe, Diäta roborans, Galvanisation, trockenen Schröpfköpfen und trockenen Abreibungen, führte nach Verlauf von drei Monaten bedeutende Besserung herbei.

Pauli (Köln).

---

441) **Ralph M. Canfield** (London): Remarks on locomotor ataxia. (Bemerkungen über ataxie locomotrixe.) (The Lancet. 18. Juli 1885.)

Da sich in zwei beobachteten Fällen von Tabes dorsalis keine anatomischen Veränderungen vorfanden, so sieht Verf. dies als ein Beweismittel an, dass die sonst jene Affection begleitende Sclerose der Hinterstränge nichts weiter als eine Inactivitätsatrophie sei und dass der Krankheitsprozess, gleich Epilepsie, Chorea, Paralysis agitans, in einer Störung der dem Willen vorstehenden Nervenzellen wurzele.

Pauli (Köln).

---

442) **Semelaigne**: Contribution à l'étude de sommeil pathologique chez les aliénés. (Beitrag zur Lehre vom pathologischen Schlaf bei Geisteskranken.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1885.)

Der ausführlich mitgetheilte Fall betrifft einen 56 jährigen hereditär belasteten Mann, der an melancholischer Verstimmung und Hal-

lucinationen erkrankte und später während einer ganzen Reihe von Jahren bis zum Tode (1875—1883) kürzer oder länger dauernde Zustände von „lethargischem Torpor“ zeigte. Die Gesammtdauer derselben betrug 1695 Tage und die des längsten 465 Tage.

Otto (Dalldorf).

---

443) **Marandon de Montyel** (Dijon): Contribution à l'étude de la morphiomanie. (Beitrag zur Lehre von der Morphiummanie.) (Ann. med. psycholog. Januar 1885.)

Ausführliche Mittheilung zweier Fälle von Morphiummanie mit Folgerungen für Behandlung und forense Beurtheilung, die nichts wesentlich neues bieten. Otto (Dalldorf).

---

444) **Martineng** (Saint-Yon): Folie à double forme intermittente précédée d'accès isolés de manie et de mélancolie et finissant par prendre le type circulaire. (Intermittirendes circulaires Irresein nach isolirten maniakalischen und melancholischen Zuständen.) (Ann. med. psycholog. 1885. Mai.)

Die Ueberschrift enthält das wesentliche des Falles, der in Bezug auf die Entwicklung des circulären Irreseins von Interesse ist. Bei einer hereditär veranlagten Dame traten von 1844—1870 abwechselnd in langen Zwischenräumen maniakalische und melancholische Zustände von verschiedener Dauer auf, sodann von 1870—1881 das Bild der „Folie à double forme“. Indem die freien Zwischenräume weiter hin immer kürzer wurden, bildeten sich schliesslich allmählig die circuläre Form aus. Hierzu bemerkt Verf., dass bei Heriditären die „Folie à double forme“ rasch einsetze, dass dagegen bei anderen Individuen. wie auch im vorliegenden Falle, oft isolirte maniakalische und melancholische Zustände vorausgingen. Otto (Dalldorf).

---

445) **Ernst v. Radecki:** Ein Beitrag zur schärferen Begriffsbestimmung der Manie. (Inaugural-Dissertation. Dorpat 1885.)

Während in der neuesten Zeit, namentlich in Folge der grossen Fortschritte, welche die mikroskopische Technik machte, die Arbeiten über den feineren anatomischen Bau des Centralnervensystems das Gros der literarischen Produkte in der Psychiatrie und Neurologie ausmachen, haben wir es hier mit einer Arbeit zu thun, welche sich mit der Systematisirung der Psychosen beschäftigt.

R. tritt in seiner Dissertation der Verflachung und der Verallgemeinerung des Begriffes „Manie“ scharf entgegen. Er führt einleitend die Auffassungen und Definitionen an, welche die früheren Autoren von der Manie geben, wobei er auf die ja leider nur zu wahre Thatsache hinweist, dass sich die Ansichten der Psychiater über den Begriff der Manie keineswegs decken, sondern sogar oft direkt widersprechen. Ein Theil der Autoren identificire den Begriff der Manie mit der Tobsucht; ein anderer trenne diese beiden Begriffe scharf, indem diese den Standpunkt festhalten, dass die Tobsucht nur ein Symptom sei, was sich zu den mannigfachsten Krankheiten hinzugesellen

könne. Ebenso verschieden seien die Ansichten über die Stellung, die der Manie unter den Psychosen eingeräumt werden solle. Ein Theil der Psychiater halte die Manie für ein Stadium des Irreseins, nicht für eine selbständige Psychose, andere bekennen sich zu der Ansicht, dass die Manie eine wohl charakterisirte, für sich stehende Krankheitsform sei, „so typisch wie croupöse Pneumonie und Ileotyphus“ (Samt), die weder aus einer anderen Krankheit hervorgehe, noch in eine andere überzugehen brauche. Auch über die Entstehungsweise herrsche Meinungsverschiedenheit; manche nehmen an, dass sie sich spontan aus einem kürzeren Prodromalstadium entwickle, andere lassen sie aus einem melancholischen Vorstadium hervorgehen; Meynert aus einem Zustand von acuter, hallucinatorischer Verrücktheit u. s. w.

R. sucht dann zu erklären, wie es komme, dass über eine solche, wenn auch im Vergleich mit den übrigen Psychosen relativ seltene, aber doch bei einigermassen grösserem Material in genügender Anzahl zur Beobachtung kommende Form der Geistesstörung so grosse Verschiedenheiten bestehen können. Er führt hiefür namentlich 2 Gründe auf. Erstens die Schwierigkeit, die sich der gegenseitigen Verständigung durch Krankengeschichten in der Psychiatrie entgegenstellt, da die Beobachtungen selbst bei dem grössten Fleiss und der grössten Sorgfalt niemals ganz rein objektiv gegeben werden können, sondern stets durch die individuelle Auffassung des Referenten mehr weniger gefärbt zu Tage kommen werden. „Es können auf diese Weise z. B. 2 Psychiater der Ansicht sein, ein und dasselbe Krankheitsbild zu schildern, während sie thatsächlich aber zwei wesentlich verschiedene Krankheitsfälle behandeln.“ Zweitens sieht R. den wichtigsten Grund für die Meinungsverschiedenheiten speziell in der Manie in der „unsicheren und verschiedenen Gebrauchsweise der Ausdrücke Tobsucht und Manie, die von den meisten Autoren (wie schon oben bemerkt) identificirt werden“, und darin, dass dann consequenter Weise alle Krankheitsformen, die als mehr weniger hervorstechendes Symptom einen grösseren Grad von Aufgeregtheit und Verwirrtheit zeigen, „in ein grosses Gefäss geworfen worden sind, und mit dem Namen Manie belegt wurden.“ Unter all diesen Krankheiten befinde sich aber auch eine typische Krankheitsform, die selbständig für sich vorkomme, und sich genügend durch ihr Entstehen, ihren Verlauf, ihre Symptome und ihren Ausgang charakterisire. Nur dann könne eine Einigung über den Begriff Manie unter den Psychiatern zu Stande kommen, wenn man blos diese typische Form so nennen wolle, alle anderen Geisteskrankheiten aber bei denen Aufregungszustände und Verwirrtheit die hervorstechenden Symptome sind, je nach ihrem Charakter, den übrigen Psychosen einreihe. R. will die meisten derartigen Zustände der acuten hallucinatorischen Verrücktheit eingereiht wissen. Verf. geht dann zur Skizzirung seines Bildes von Manie über, er stellt dabei folgende Sätze auf:

Sie entsteht primär ohne ein eigentliches Vorstadium; *namentlich geht ihr nie ein ausgesprochenes melancholisches Vorstadium voraus mit*

Wahnideen und Hallucinationen. Wohl aber kommt es wie auch bei anderen Psychosen zu Veränderungen im Charakter und Lebensweise der Patienten. Auch leichte Depression kann vorhergehen, oder aber die Manie setzt ganz plötzlich ein.

Im Verlauf zeigt sich vor allem eine grosse, in ihrer Intensität je nach dem Falle verschiedene Lebhaftigkeit und theatralisches Wesen, ferner immer ein sehr ausgesprochenes Selbstgefühl, welches aber charakteristisch nie zum eigentlichen Grössenwahn kommt; schneller Wechsel der Vorstellungen, Ideenflucht; dieses gestattet dem Maniakus nicht, lange missgestimmt zu bleiben, wenn er einmal sich die Laune durch irgend einen Vorfall hat verderben lassen; die Stimmung ist vorübergehend reizbar; nie kommt es dagegen zu blinder Wuth; *Hallucinationen und Wahnideen fehlen; dadurch kommt es auch nie zu bedeutenden Graden von Verwirrtheit.* Durch das überaus lebhafte Functioniren der Sinnescentren, können dagegen wohl Illusionen entstehen; häufig ist Steigerung des Geschlechtstriebs; *immer ist der Kranke selbst in den höheren Graden der Manie bei Bewusstsein und über seine Umgebung in hohem Grade orientirt.* Diese Symptome können natürlich je nach der Individualität des Falles in verschiedener Stärke hervortreten „von einer nur dem genauen Beobachter auffallenden Lebhaftigkeit bis zu den höheren Graden der Unruhe.“

Die Dauer der Manie ist verschieden, im ganzen dem Grade der Intensität entsprechend, einige Wochen bis mehrer Monate. Was die Prognose betrifft, so stellt R. den wichtigen Satz auf, dass kaum irgend eine Psychose dieselbe so günstig stellen lasse, wie diese von ihm gezeichnete typische Manie. Die allermeisten Fälle heilen vollständig; manche recidiviren; nach häufigen Recidiven kann es zur Heilung mit Deffekt kommen, dagegen hat R. nie gesehen, dass sie in Blödsinn übergeht.

Bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens dieser Manie muss er allerdings zugeben, dass sie eine recht seltene Erkrankung ist, während sich ja dagegen die maniakalischen Erregungszustände bei anderen Psychosen so ungemein häufig finden. Seine Ansichten belegt er durch drei von ihm selbst in der Zeit, als er sich in der Stellung eines Assistenzarztes in der Anstalt Rothenberg befand, beobachtete Fälle, von denen er zwei in vollkommene Genesung übergehen sah; der dritte wurde vor der Genesung durch die Unverständigkeit seiner Verwandten aus der Anstalt genommen, und kehrte bald mit einem Recidiv dahin zurück.

Der Rest der Abhandlung ist vom Verf. einer durchaus sachlichen Polemik gegen den Begriff der Manie gewidmet, wie er in jüngster Zeit namentlich von Mendel aufgestellt wurde, wobei er nochmal auf das nachdrücklichste die Forderung stellt und vertheidigt, dass Hallucination und Wahnideen und die daraus resultirende Verwirrtheit niemals in das Bild der typischen Manie aufgenommen werden dürfen, sondern wohl zumeist den Zuständen der hallucinatorischen Verrücktheit zuzuweisen sind. Bastelberger (Eichberg).

446) **J. A. Campbell** (Edinburg): Treatment of maniacal excitement. (Behandlung der maniakalischen Aufregung.) (The Lancet. 8. Aug. 1885.)

Maniakalische Anfälle, wenn sie nicht auf allgemeiner Paralyse oder auf Epilepsie beruhen, wenn sie nicht plötzlich aufhören, sondern allmälig abnehmen und nicht zu heftig und von zu langer Dauer sind, setzen eine im Allgemeinen günstige Prognose voraus. Gehören hier indess Ausmahmen nicht zu den Seltenheiten, so macht sich eine lange Dauer der Attacken noch dadurch bemerkbar, dass sie in der Regel dem betr. Individuum nicht näher zu beschreibende und das ganze Leben hindurch persistirende Züge aufdrückt.

Folgende Krankheitszustände sind es, welche den in Rede stehenden Complex von Symptomen im Gefolge haben:

1. Die durch Masturbation bedingte Psychose erfordert zunächst die Unterdrückung der Ursache.

Gelingt diese nicht, so lassen der Uebergang in Blödsinn und Tod in Folge von Phthisis nicht lange auf sich warten.

Sodann bildenden Heilapparat: Diaeta roborans, Leibesübungen, Morgens ein Sturzbad und zur Verminderung der sexuellen Erregbarkeit Kalium bromat.

2. Mania puerperalis. Fälle dieser Art kamen vom Jahre 1874—1884 vierzig in das Carlisle-Asyl, bei welchen, mit Ausnahme von vier, unter tonischem Regimen, Berücksichtigung der somatischen Verhältnisse und unter angänglichen körperlichen Uebungen nicht nur rasch die Aufregung wich, sondern auch ebenso rasch sich die frühere Gesundheit retablirte.

3. Acute Manie. 56 hieran leidende Männer und Frauen sahen sich bis auf 7 nach dem angedeuteden Curverfahren, neben dem in einigen schlimmer gearteten Fällen noch Sedativa und Hypnotica in Anwendung kamen, nach einer Durschnittsdauer von 14 Tagen wieder hergestellt.

4. Aus Abusus spirituosorum entstandene manikalische Paroxismen wichen starken Purgantien, kräftiger Kost, reichlichem Trinken von kaltem Wasser und dem verlängertem Aufenthalt in freier Luft.

5. Periodische Manie, welche sich dadurch kennzeichnet, dass die Aufregung allmälig zunimmt und nach Erreichung des höchsten Grades ebenso wieder abnimmt, beseitigten fast immer körperliche Exercitien. Auch eine mehr vegetabilische Nahrung leistete einige Male gute Dienste.

6. Zur Beseitigung der besonders heftigen epileptischen Aufregung sowohl wie zur Verminderung der Zahl der Anfälle eignet sich am meisten der fortgesetzte Gebrauch des Kalium bromatum, besonders da dasselbe, wie M a i p h a i l nachgewiesen hat, das Blut nicht alterirt. Auch die vom Verf. gemachte Wahrnehmung, welcher zufolge hiernach Congestionen in der Basis und den hinteren Partien der Lungen erscheinen, bleibt insofern ohne Bedeutung, als jene niemals in Pneumonie ausarten.

7. Allgemeine Paralyse. Da die im Verlaufe derselben immer auftretenden Anfälle die grössten Gefahren für den Kranken wie für

dessen Umgebung involviren, so dürfte die Anwendung sedirender Mittel hiergegen vorzugsweise am Platze sein.

8. Senile Geisteskrankheit erfordert gute Pflege und einen verständigen Gebrauch von Spirituosen, hier und da auch wohl ein Somniferum — Chloral mit Wein.

Es erübrigt noch, mit einigen Worten der körperlichen Uebungen und der Sedativa und Hypnotica zu gedenken.

Was erstere anlangt, so besitzen wir in ihnen ein Heilagens, welches in der Mehrzahl frischer Fälle die Aufregung beschwichtigt, Schlaf bringt und zugleich die in Unordnung gerathenen Functionen des Körpers, wie sie derartige Zufälle nur zu häufig im Gefolge haben, wiederherstellt.

Auch bei chronischer Manie erzielt dieses Mittel in Verbindung mit Separation von anderen Kranken gute Resultate.

Nicht so gilt dies von den sedirenden und schlafmachenden Medicamenten, da sie einestheils die Anfälle verlängern und anderntheils, was besonders die Hypnotica thun, einen irritabelen mentalen Zustand und häufig Digestionsstörungen herbei führen, wesshalb auch in neuerer Zeit dem Gebrauch von Kalium bromatum mit Tinct. Hyoscyami und von Chloral im Wein oder Alcohol immer mehr und mehr der Vorzug gegeben wird. Pauli (Köln).

---

447) **Jensen:** Bericht über die Verwaltung der Ostpr. Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Allenberg in der Zeit vom 1. April 1884 bis 31. März 1885. — 17 S.

	M.	Fr.	Zus.
Bestand am 1. April 1884	312	323	635.
Zugang bis zum 31. März 1885	111	88	199.
	423	411	834.
Es gingen ab	88	78	166.
Bestand am 31. März 1885	335	333	668.

Die Aufgenommenen gruppiren sich nach Krankheitsformen wie folgt:

	M.	Fr.	Zus.
Melancholie	27	32	59.
Tobsucht	23	28	51.
Verrücktheit	11	8	19.
Blödsinn	24	16	40.
Idiotie	4	1	5.
Blödsinn mit Lähmung	14	2	16.
Epilepsie mit Irrsinn	5	1	6.
Zur Beobachtung	3	—	3.
Zusammen	111	88	199.

Von den 3 zur Beobachtung Aufgenommenen waren zwei Brandstifter, ein Epileptiker war wegen Bedrohung angeklagt. Der eine Brandstifter litt an periodischen Tobsuchtanfällen, der zweite bot keine Zeichen einer bestehenden Geisteskrankheit. — Unter den Aufgenom-

menen befanden sich auch 2 von den 3 Männern, die im vorigen Jahre zur 6 wöchentlichen Beobachtung in der Anstalt gewesen waren; der Dritte, der epileptische Mörder seiner Schwiegereltern und seiner Schwägerin, wurde auf Grund eines Superarbitriums der wissenschaftlichen Deputation in Berlin entgegen dem Gutachten der Anstaltsärzte und des Medicinalcollegiums zu Königsberg, zu 15 jähriger Zuchthausstrafe verurtheilt.

Von den zum zweiten Male Aufgenommenen lagen bei 2 Männern 19 und 28 Jahre zwischen Entlassung und Wiederaufnahme; bei einer Frau 23 Jahre.

Unter den Aufnahmen sind zwei Geschwisterpaare, die beide an Katatonie erkrankt waren. Zweifellos kam in beiden Fällen neben erblicher Disposition auch die psychische Infection in Betracht. Nach Jahresschluss kam noch ein Brüderpaar, ohne die gleichfalls erkrankte Mutter, in ausgesprochener katatonischer Starre zur Aufnahme.

Der *Abgang* vertheilt sich auf:

Genesene	21	Männer,	33	Frauen,	zusammen	54.
Gebesserte	9	„	4	„	„	13.
Ungeheilte	32	„	26	„	„	58.
Gestorbene	26	„	15	„	„	41.
Zusammen	88	„	78	„	„	166.

Unter den *Genesenen* hatten 9 Männer und 18 Frauen an typischem Irresein gelitten, und zwar genasen 5 Männer nach 19,45 Mon. und 11 Frauen nach 8,98 Mon. durchschnittlicher Krankheitsdauer von Melancholie, 4 Männer nach 9,16 Mon., 7 Frauen nach 14,5 Mon. von Tobsucht.

Von Katatonie genasen 7 Männer und 7 Frauen. Bei den stuporös Melancholischen betrug die Krankheitsdauer bei 2 Männern 20,60 Monate, bei 4 Frauen 17,27 Mon., bei den katatonisch Tobsüchtigen: bei 5 Männern 6,68 Mon., bei 3 Frauen 9,03 Mon.

2 Männer waren nach 8,23 Mon. durchschnittlicher Krankheitsdauer vom alkoholischen und 4 Frauen nach 5,06 Mon. vom hysterischen Irresein geheilt. Es brauchten 3 Männer je 12,28 und 4 Frauen je 12,40 Mon., um von einem Anfall des periodischen Irreseins zu genesen.

Bei 4 Männern und 13 Frauen war direkt Erblichkeit nachweisbar.

Unter den *Gestorbenen* sind 15 Paralytiker, alle männlichen Geschlechts. Bei denselben hatte die Krankheit bis zum Tode durchschnittlich 3 Jahre 7,10 Monate gedauert. Das Absterbealter der Paralytiker war durchschnittlich 41,8 Jahre, und zwar erreichten ein Alter von 29,85 Jahre 1 Mann, 30—39 Jahre 4 Männer, 40—49 Jahre 9 Männer und 51,82 Jahren 1 Mann.

Die in einem früheren Verwaltungsberichte geäusserten Bedenken über die Verwendung der kranken Frauen auf der Colonie, ihrer lang erhaltenen sexuellen Erregbarkeit wegen, hat der weitere Verlauf leider gerechtfertigt.

Eine 33 Jahre alte Tischlerswittwe war im Januar 1883 zum zweiten Male wegen eines Tobsuchtsanfalls in die Anstalt aufgenommen worden. Nach eingetretener Beruhigung wurde sie in der Herbstzeit auf die Colonie verlegt. Sie und ein eben so altes, verblödetes Dienstmädchen konnten jedoch nicht im Kuhstalle beschäftigt werden, woselbst die Frau des Kämmerers und eine Wärterin die übrigen Kranken beaufsichtigten. Während dieser Zeit fanden männliche Kranken — wahrscheinlich zwei Periodiker, die im Intervall zwischen den Anfällen in der Nähe arbeiteten — Gelegenheit, mit den beiden Weibsleuten sexuellen Umgang zu pflegen.

Die Tischlerswittwe konnte im Februar 1884 als genesen entlassen werden. Von den Folgen jenes Umgangs wurde die Anstalt erst später durch den Vater der Pat. unterrichtet. Dies gab Veranlassung zu weiteren Nachforschungen, wobei auch die Gravidität der zweiten Kranken constatirt wurde.

Der Provinzialausschuss bewilligte später in Anerkennung des unverschuldeten Unglücks der beiden Frauen und ihrer Angehörigen je 100 Mark jährliche Unterstützung für die beiden Kinder, von denen übrigens eins im Beginn dieses Jahres gestorben ist.

„Es wäre von Interesse, zu erfahren, ob auch in andern Colonialanstalten ähnliche Uebelstände hervorgetreten sind.“

Rabow (Berlin).

---

448) **Ingels** (Gent): Statistique médicale de l'Hospice de Guislain pendant l'anné 1885. (Bull. de la Société de Méd. mentale de Belgique. Nro. 36. 1885. pag. 51—82.)

Am 1. Januar 1884 befanden sich in der Anstalt 482 Geisteskranke, während am 31. Dezember desselben Jahres es deren 494 gab. Es wurden im Laufe des Jahres 74 Kranke aufgenommen, so dass die Zahl der Verpflegten 556 betrug. Der bei weitem grössere Theil der Aufgenommenen befand sich in dem Alter zwischen 41 und 60 Jahren, 3 Patienten waren in dem Alter von 81 bis 90 Jahren und 16 waren unter 20 Jahre.

In den Frühlingsmonaten fanden die meisten Aufnahmen statt. Die meisten Kranken waren zur Zeit des Eintritts schon länger als ein Jahr erkrankt, nur 17 unter 74 waren seit einem kürzeren Zeitraum leidend.

Die allgemeine Paralyse findet sich nach wie vor verhältnissmässig selten unter den Eintretenden (6,75%).

Von den 74 Aufgenommenen blieben

in Behandlung bis 31. Dezember 1884	52
wurden geheilt oder erheblich gebessert	6
sind gestorben	8
sind ungeheilt entlassen	5
sind entlassen als harmlos und unheilbar	1
als nicht geisteskrank	2
	74.

Unter diesen war Heredität in 31 Fällen und Abusus spirituosorum in 17 Fällen nachweisbar.

Im Laufe des Jahres gab es 30 Entlassungen darunter

Heilungen	(13
Erhebliche Besserungen	(3
Ungebessert	12
Nicht geisteskrank	2
	30.

Am häufigsten genasen die durch Malancholie characterisirten Krankheitsformen. Auffallender Weise begegnen wir dieses Mal der grössten Anzahl von Heilungen im vorgerückten Alter, denn 4 von 16 waren zwischen 61 und 70 Jahren und 12 von 16 Kranken zwischen 41 und 70 Jahre alt. Unter den 16 Heilungen wurden 10 bei Patienten constatirt, deren Krankheit noch unter einem Jahre gedauert hatte.

Todesfälle gab es 32, d. h. 5,75%, also ein recht günstiges Verhältniss für eine so grosse Anstalt. Bei den gestorbenen Irren variirt die Dauer der Krankheit beträchtlich; von den 32 starben 22 bereits während des ersten Jahres seit Beginn der Erkrankung. Während die Geisteskranken die grösste Aussicht auf Heilung während des ersten Jahres haben, risquiren sie auch am meisten während dieses Zeitraums zu sterben. Rabow (Berlin).

---

449) **A. Peel** und **de Craene:** Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé T . . . Charles-Louis prévenu d'incendie. (Aerztliches Gutachten über den Brandstifter T.) (Bull. de la Société de méd. mentale de Belgique. Nro. 36. 1885.)

Am Abende des 2. October 1882 erschien T. auf dem Gute X. mit der Bitte um ein Unterkommen für die Nacht. Als dasselbe ihm verweigert wurde, zog er grollend weiter und legte einige Minuten später Feuer in der benachbarten Mühle an. Alsdann verbarg er sich, so dass es der Polizei erst am 18. desselben Monats gelang, seiner habhaft zu werden. Er leugnete hartnäckig und entschloss sich erst zu einem Geständniss, als ihm unwiderlegliche Zeugen seines Verbrechens gegenübergestellt wurden.

T. hat eine schlechte Erziehung genossen, da der Vater ein Nomadenleben führte und sich um die Kinder wenig kümmerte. Erbliche Anlage zu psychischen Erkrankungen scheint in der Familie nicht vorhanden zu sein. Im Alter von 3—9 Jahren litt T. an epileptischen Krämpfen, deren Entstehung mit einer Kopfverletzung in Zusammenhang gebracht wird. Seit 13 Jahren haben sich keine Anfälle mehr gezeigt. In seinem 11. Lebensjahre hat er beim Spielen mit andern Knaben einen Heuschober angezündet, um Kartoffeln zu braten. Für diese Missethat musste er 2 Jahre im Correctionshause zubringen, woselbst er sich gut aufführte und das Weberhandwerk erlernte. Später kam er zum Militär. Hier musste er wegen schwerer Insubordination bestraft werden. Er wurde jedoch im Gefängniss von den

Aerzten für idiotisch und unzurechnungsfähig erklärt und nach Hause geschickt. Seit dieser Zeit soll er ein verständiges normales Verhalten gezeigt haben.

Die nähere gerichtsärztliche Untersuchung ergiebt nun, dass T. sich der besten körperlichen Gesundheit erfreut. Sein Gedächtniss ist vorzüglich. Er berichtet ruhig und wahrheitsgetreu über die Vergangenheit und giebt für die von ihm begangenen Vergehen stichhaltige Gründe an. Sein Benehmen beim Militär rechtfertigt er durch die ihm widerfahrene schlechte Behandlung. Er sei zum Zorne geneigt und danke in derselben Weise wie er gegrüsst werde. Auf die Frage, warum er die Mühle angezündet habe, kommt er ein wenig in Verlegenheit; dann antwortet er, dass ihm beim Verlassen des Gutes der Gedanke gekommen sei, Vergeltung auszuüben für die verweigerte Unterkunft.

Das Resumé des ärztlichen Gutachtens lautet:

1) Der Angeschuldigte leidet an keiner geistigen Störung.

2) In Folge der traurigen Umgebung in der er bisher gelebt hat, sowie in Folge schlechter Erziehung und vagabundirender Lebensweise ist es zur Entwickelung eines bösartigen und rachsüchtigen Characters gekommen.

3) Er ist als verantwortlich für die von ihm begangene verbrecherische Handlung anzusehen. Die in der Jugend dagewesene epileptischen Anfällen könnten vielleicht als ein Milderungsgrund aufgefasst werden.

Rabow (Berlin).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 2) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 3) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1 October, 1500 M. und fr. Stat. 4) Marburg, Assistenzarzt, 1200 M. und fr. Stat. I. Cl. 5) Schwetz (Westpreussen), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat.

Todesfälle. Medicinalrath Dr. Eberhard Stöhr, Kreisphysikus in Emden. Dr. Grunewald, 3. Arzt an der Irrenanstalt zu Eberswalde.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das IV. Quartal 1885 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12)

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Oktober 1885. Nro. 19.

INHALT.

I. Originalien. L. Goldstein: Von der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg vom 18—23. September 1885.

II. Original-Vereinsberichte. Kongress für Phreniatrie und Neuropathologie in Antwerpen.

III. Referate und Kritiken. Schrader jun.: Stich-Verletzung des Rückenmarks. Halbseitenläsion. Hirt: Ueber Hemiatrophie der Zunge. Adamkiewicz: Zur sog. Jackson'schen Epilepsie. Köbner: Pruritis cutaneus unilateralis nach Gehirnembolie. Bristowe: Genesung nach Erscheinungen, die auf ein progressives organisches Cerebralleiden deuteten Drummond: Ueber die Natur der spinalen Erkrankung in der Poliomyelitis anterior acuta oder Paralysis infantum. Marie: Cerebrale halbseitige Kinderlähmung. Regnard et Loye: Experimente an einem Hingerichteten. Arnozan: Ueber die Neuritis nach subcutanen Aetherinjectionen. Sée: Die Behandlung des Asthma mit Pyridin. Halloppeau: Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée. Schneider: Cocaïnum salicylicum gegen Trigeminusneuralgie. Bennet und Campbell: Fall von Monoplegia brachialis in Folge von Läsion der inneren Kapsel. Sharkey: Ein ungewöhnlicher Fall von Athetosis. Edmunds: Fall von perforirender Tuberculose des Schädels mit cerebralen Symptomen. Deecke: Primäre und originäre Verrücktheit, eine historische Skizze mit kritischen Bemerkungen. Pilgrimm: Sogenannte Pyromanie. Rousseau: Lypémanie compliquée d'une triple diathèse. Roger: Observation de folie du doute. Wendt: Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Schwetz im Etatsjahre vom 1. April 1884 bis 31. März 1885.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Von der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg vom 18.—23. September 1885.

Originalbericht von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

Section für Psychiatrie und Neurologie.

Am 18. September. Vorsitzender Herr v. Gudden.

1) v. Gudden: *Ueber die Sehnerven, die Sehtractus, das Verhältniss ihrer gekreuzten und ungekreuzten Bündel, ihre Seh- und Pupillarfasern und die Centren der letzteren.* v. Gudden theilt zunächst eine neue Methode mit, wie man das ungekreuzte Bündel darstellt. Sie besteht darin, dass man beim jungen Kaninchen mit einem

feinen, schmalen Messerchen in der Sagittalnaht, in der Gegend der grossen Fontanelle eingeht und das Chiasma durchschneidet. Nicati's Eingehen von der Nase aus ist zu eingreifend. Gleich nachher kriechen die Thiere wieder herum und die Ernährung geht ruhig vor sich. Man braucht nicht unbedingt jedesmal das Chiasma in der Mitte zu treffen. Bei Tauben fand Vortr. kein ungekreuztes Bündel. Das Lageverhältniss des gekreuzten und ungekreuzten Bündels studirte Verf. an Katzen. Wie Vortr. schon früher behauptet, kreuzt das ungekreuzte Bündel das gekreuzte. Die Ansicht, dass das ungekreuzte Bündel S förmig das gekreuzte umgreift, muss man fallen lassen. In Betreff der verschiedenen Fasersysteme im Opticus theilt Vortr. Folgendes mit: Wenn man den oberen Hügel nicht zu tief abträgt, macht man das Thier contralateral blind. Aber bei dieser Erblindung ist die Pupillenbewegung nicht geschädigt; greift man indess tiefer in den oberen Hügel ein, so tritt eine Störung der Pupille auf, sie wird weit, man findet eine stärkere Verkleinerung des Nerven, aber normale Fasern; nimmt man endlich den ganzen Nerven fort, so schwinden sämmtliche Fasern in der Netzhaut, die Pupille aber ist eigenthümlicher Weise mittelweit. Die Unterschiede in der Weite der Pupillen bildet noch immer einen dunklen Punkt. Die Fortnahme des Opticus führt zur Atrophie des oberen Hügels, ebenso die Wegnahme einer Hemisphäre. Das was früher auf physiologischem Wege erschlossen wurde, hat v. G. nun auch anatomisch nachgewiesen: zwei Fasersysteme im Opticus, das Sehfasersytem und das reflectorische Fasersystem, zwei Gruppen von Fasern, die ziemlich regelmässig durch einander gemischt zur Retina ziehen. Die reflectorischen sind dick, die anderen dünn. Der Unterschied der Fasern ist schon von Key und Retzius gefunden, ohne dass sie aber eine Vorstellung ihrer Bedeutung hatten. Schliesslich betont Vort. noch einmal, was er gestern schon in Baden-Baden hervorgehoben, dass es ihm in keiner Weise gelungen sei, ein Sehcentrum in der Hirnrinde zu finden. Bei Hunden und Katzen tritt häufig bei Fortnahme der Hemisphäre keine Atrophie des Tractus ein.

v. Monakow macht einige Einwendungen in Betreff des Lageverhältnisses des gekreuzten und ungekreuzten Bündels und bemerkt in Betreff der Localisation, dass bei jungen Kaninchen Atrophie des Tractus einträte. v. Gudden erwidert, dass *ein* Fall, wo sie nicht einträte, mehr beweise, wie 1000 andere. v. Gudden hat Präparate, welche letzteres beweisen sollen, aufgestellt.

2) Binswanger (Jena): *Ueber die pathologische Histologie der Grosshirnrinde bei der Dementia paralytica.*

Vortr. knüpt an die Discussion im psychiatr. Congress 1882 in Berlin an. Seit einer Reihe von Jahren ist er mit Untersuchungen über die pathol. Veränderungen der Ganglienzellen bei Dem. par. beschäftigt. In der Hauptsache stimmt er mit den von Mendel in den letzten Jahren gemachten Behauptungen überein. Gegenüber v. Gudden, welcher früher die Härtung in Chromsalzen bekämpfte, behauptet B., dass man bei einiger Vorsicht keine Kunstprodukte erziele.

Die Härtung in Chromsäure allein, deren sich B. in allerneuster Zeit bediene, böte keine wesentlichen Vortheile. In gleicher Weise, wie früher die Zellen des Central- und Paracentrallappens (cf. Sitzungsb. der Jen. Gesellschaft 1884; dieses Centralbl. 1884 pag. 400 ff.) untersuchte Vortr. die sog. Sprachwindungen der Hirne von Paralytikern, besonders in den vorgerückteren Stadien, in denen die Sprachstörung sehr hochgradig war. Die patholog. Veränderungen der Riesenpyramidenzellen und Ganglienzellen überhaupt zeigen ganz deutlich, dass bei dem Processe Kern und Kernkörper verändert werden. Er setzt ein mit einer Blähung des Kernes, es schwindet das Protoplasma des Körperchens und der Kern erscheint wie zerfallen; das Kernkörperchen ist zu Grunde gegangen. Hand in Hand damit geht eine Veränderung des Pigmentgehaltes, die pigmentöse Degeneration. Auch bei den kleineren Ganglienzellen in der sog. Broca'schen Windung und in der Inselwindung fand Vort. dieselben Veränderungen. Die von Mendel beschriebenen gelblichen Massen der pericellulären Räume (cf. Jahresversammlung deutscher Irrenärzte zu Leipzig 1884, dieses Centralbl. 1884 pag. 441) hat Vortr. jetzt auch in einem Falle gesehen. Eine andere Reihe von Untersuchungen betrifft die Gehirne zweier an Syphilis erkrankt gewesenen Paralytiker. Eine eingehende Beschreibung der eigenthümlichen circumscripten Zellherde, die Verdickung und Verwachsungen der Lymphscheiden und Wucherung des Lymphendothels findet sich dieses Centralbl. 1884 pag. 401.

Die *Discussion* dreht sich fast ausschliesslich um die Härtung der Schnittpräparate, wie auch im vorigen Jahre in Leipzig bei Gelegenheit des Vortrages von Mendel.

Nissl (München) bemängelt das Chroms. Kali und lobt den Alkohol. Mendel behauptet, dass man früher gegen den Alkohol dieselben Bedenken geäussert, wie jetzt gegen das Chroms. Kali. Uebrigens zeigt Mendel einige Figuren von Zellenveränderungen bei durch Drehung paralytisch gemachten Hunden. Friedmann (Stephansfeld) tritt für die Flemming'sche Lösung ein, deren Mängel hinwiederum Nissl auseinandersetzt.

Sitzung vom 19. September.

3) Grashey (Würzburg): *Ueber die Bedeutung des Liquor cerebrospinalis für die Blutbewegung im Schädel.*

Vortr. hat auf der vorigjährigen Naturforscherversammlung gezeigt, dass unter den Verhältnissen, die im Schädel stattfinden, an elastischen Röhren unter gewissen Bedingungen Schwankungen auftreten, welche geeignet sind, die Circulationsbewegung zu hemmen. Der menschliche Schädel ist nun zwar geschlossen, aber die Cerebrospinalflüssigkeit hat doch ihre Abflusswege; die Pacchionischen Granulationen lassen den Liquor direkt in die Sinus durchtreten, Abflusswege bilden die Lymphgefässe der Zunge (v. Hund nachgewiesen von Key und Retzius) und endlich kann der Liquor auch austreten in die Subarachnoidalräume der peripheren Nerven (Key und Retzius). Es wird jetzt Aufgabe des Experimentes sein, nachzuweisen, dass

unter diesen veränderten Bedingungen, d. h. bei einem solchen Verhalten des Liquor, der unter einem gewissen positiven Druck abfliesst, jene Schwankungen auftreten. Das thun sie nun in der That, wie Verf. an einem schon im vorigen Jahr demonstrirten (dieses Centralbl. pag. 448, 1884) sinnreichen Apparate zeigt. Die Schwankungen treten nicht auf, wenn der Druck unter eine gewisse Höhe sinkt.

Die Ergebnisse, die sich daraus für die Praxis ergeben, sind natürlich hypothetischer Natur. A priori kann man als richtig annehmen, dass bei allen Menschen die Abzugsbahnen nicht gleich weit sind, dass der Liquor nicht bei allen Menschen unter gleichem Druck abfliesst, selbst bei einem und demselben Menschen wird er nicht immer unter demselben Drucke abfliessen. Nehmen wir zwei Individuen an, eines mit weiten, ein anderes mit engen Abflusswegen. Treten nun unter vasomotor. Einflusse Gefässverengungen ein, so wird der Liquor unter einen bestimmten Druck kommen, es treten Schwankungen und somit Circulationshemmung ein. Bei dem Individuum mit weiten Abflusswegen nun wird das Gefäss den kleineren Theil des Druckes zu tragen haben, es wird eine Gränze eintreten und die Circulation wird wieder frei werden, Stauungsprodukte werden nicht in grösserer Menge auftreten. Bei dem Individuum mit engen Abflusswegen wird die Hemmung lang dauern können, es wird zur Anhäufung von Stauungsprodukten kommen, anstatt aber dass wir auf vermehrten Abfluss rechnen dürfen, haben wir Zunahme des Druckes des Liquors und mithin Zunahme der Stauungsverhältnisse. Hier hätten wir einen Umschlag von arterieller Anämie in venöse Hyperämie. Ferner wäre es denkbar, dass in den angedeuteten Verhältnissen der Abflusswege des Liquors ein Theil der anatom. Grundlage der *erblichen Disposition* zu suchen ist. Nehmen wir an, es gäbe Individuen, welche von Haus aus enge Abflusswege haben, so müssen wir sagen, dass dieselben viel bedeutender disponiren zu Kreislaufstörungen innerhalb der Schädelhöhlen und somit zu psychischen Störungen.

Discussion: Jolly (Strassburg) beobachtete bei seinen früheren Thierexperimenten, dass unter Umständen, in denen gesteigerter Druck eintritt, Venenpuls aufträte. Er möchte jetzt auch glauben, dass es ein solches intermittirendes Ausfliessen war, wie Vortragender gezeigt.

Grashey: Für den Menschen habe er zum Beleg eines derartigen Vorkommens nur das Schädelgeräusch bei Kindern. Physicalisch dürfte dasselbe durch dieses Phänomen erklärt sein, da Hennig es ja bekanntlich in die cerebralen Venen bei ihrer Einmündung in die Sinus verlegt. Betreffs des Venenpulses erinnert Vortr. an seine Bestätigungen von verschiedenen Seiten (Mosso, Cramer, Maass).

Kraepelin fragt, ob die psychischen Degenerationen, die nach Schilddrüsenexstirpation sich einstellen, nicht auf dieses Phänomen zurückzuführen seien?

Grashey antwortet, dass dies möglich sei, falls wirklich der Thyroidea die Bedeutung für den Abfluss des venösen Blutes und damit für den Liquor zukäme.

Mendel äussert seine Bedenken in Bezug der Uebertragung auf die Pathologie des Menschen. Die Versuche sind angestellt an elastischen Röhren. Unter pathol. Verhältnissen hört nun die Elasticität auf, die Gefässe bilden dann also andersartige Röhren, wie die hier gegebenen. Man müsste fragen, wie die Versuche sich bei Schwund der normalen Elasticität ändern.

Grashey: Je elastischer die Gefässe seien, um so leichter kämen derartige Störungen vor. Aber wenn die Arterien noch so rigid werden, die feineren Zweige derselben bleiben noch im hohen Grade elastisch.

4) Stein (Frankfurt a. M.): *Ueber die Anwendung schwacher galvanischer Ströme in der Electrotherapie.*

Vortr. knüpft an Müller's Buch: „Zur Einleitung in die Electrotherapie" seine Bemerkungen an und erwähnt, dass von verschiedenen Recensenten dasselbe als phänomenal bezeichnet sei. Dagegen aber, dass in demselben etwas principiell Neues geschaffen sei, müsse man sich doch entschieden verwahren. Als originell und der Müller'schen Arbeit eigenthümlich, müsse man die für den einzelnen Fall anzuwendende Präcisirung der Stromdichte und Stromstärke bezeichnen. Vortr. ist jedoch überzeugt, dass dieselben Heilresultate, die Müller nach genauer Befolgung der von ihm aufgestellten Formen, (welche in unserm Centralblatte bereits früher wiedergegeben und pag. 112, 1885 nachzusehen sind) erhalten haben würde, wenn ein etwas grösserer oder kleinerer Bruch zur Grundlage der Theorie genommen wäre. Im Allgemeinen ist es nicht rathsam, derartige electrotherapeutische Regeln als massgebend hinzustellen. Im Grossen und Ganzen sind die Electrotherapeuten ja darüber einig, dass man mit schwachen Strömen und geringer Stromdichte weit günstigere Resultate erzielt, als mit starken, concentrirten Strömen. Nach den Erfahrungen des Vortr. genügt für die stärksten in seltenen Fällen nothwendigen therapeutischen Effekte ein Strom von 8 Milliampères; die zugehörige grössere oder geringere Strom*dichte* lässt sich nicht, als von der Art des Leidens und der Epidermis der jeweiligen Patienten abhängig, genau präcisiren. Unter schwachen Strömen versteht Vortr. eine Stromstärke von $^1/_2$—2 Ma., während für die Mehrzahl der zu behandelnden Fällen eine mittlere Stromstärke von 3—4 Milliampères ausreichend sein dürfte. Es ist nun vor allen Dingen nöthig, bestimmte in das Decimalsystem passende Rheophorenflächen und ein konstantes chemisch nicht stark wirkendes Normalelement zu empfehlen. Die Tauchbatterien in ihrer jetzigen Form sind ein Gift in der Hand des practischen Arztes sowohl, wie namentlich in der des Publikums. Vortr. griff nun die Idee Guérin's auf, welcher rieth, der erregenden Flüssigkeit Gelatine zuzusetzen, um die Elemente transportabel zu machen. Nach vielfachen Versuchen nahm Vortr. eine Mischung von Gelatine, Salicylsäure, Salmiak und Glycerin, welche angewärmt in das einen Braunsteincylinder und einen Zinkstab enthaltende Glasgefäss gegossen werden. Das Element hat die merkwürdige Eigenschaft, dass die Polarisationsgase sofort wieder

absorbirt werden. Es hat eine electromotor. Kraft von 1,085 Volt und einen inneren Widerstand von 0,8—1,2 Ohm. Eine aus solchen Elementen zusammengesetzte constante Batterie von 25 Elementen, welche Vortr. vorzeigt, ergab bei einer Einschaltung von 3050 Ohm Widerstand inclusive des Galvanometerwiderstandes, eine Stromstärke von 8,8 Milliampères und blieb, während 12 Stunden geschlossen, fast constant. (Die Nadel des eingeschalteten Horizontalgalvanometers ging von 8,8 nur auf 8,7 herunter.) Die Batterie hat den Vortheil, dass sie bequem mit auf Praxis zu nehmen ist, da die Elemente keine Säuren und Flüssigkeiten enthalten, ferner kann der Arzt für den jeweiligen Fall dem Patienten in einem Kasten eine Anzahl solcher Elemente mitgeben, nachdem Stromsträke und die Grösse der anzuwendenden Rheophorenfläche vorher bestimmt sind. Wir hätten somit, wie in der innern Medicin, eine genaue Dosirung des Mittels, das wir den Kranken verschreiben. (Bezugsquelle R. Bläsdorf Nachf., Institut für Electrotechnik zu Frankfurt a. M.)

5. Stein (Frankfurt a. M.) trug den 2. Theil seines Vortrages in der Nachmittagssitzung am 19. vor und betitelte ihn: *Ueber die Fortschritte der Technik bei der Applikation electrischer Bäder.*

Durch Eulenburg ist festgestellt worden, dass ganz bedeutende Effekte im electrischen Bade erzielt werden. Nach den Erfahrungen des Vortragenden hat das allgemeine galvanische Bad einen beruhigenden, das faradische Bad einen anregenden Effekt auf den Gesammtorganismus. Seine Beobachtungen in Bezug auf localisirte Electrotherapie im electrischen Bade sind dagegen gering. In erster Linie eignen sich die betr. Bäder überhaupt da, wo eine allgemeine Wirkung des electr. Stromes indicirt erscheint, bei manchen funktionellen Neurosen, sowie als Ersatz für die zeitraubende allgemeine Electrisation. In Betreff der Frage, ob den im electrischen Bade Befindlichen wirksame Stromschleifen treffen, hält Vortr. den Umstand, dass bei Stromöffnung und Stromschluss oder bei Ausführung einer Volta'schen Alternative während des Durchgangs des galv. Stromes Zuckungen von jedem Badenden empfunden werden, für den besten Beweis im bejahenden Sinne. Vortr. spricht sich für Benutzung des bipolaren Bades aus, da bei der monopolaren Form einzelne Körpertheile den Strom in sehr hoher Dichte empfangen. Trautwein's Rückenkissenelectrode hat er nicht für praktisch gefunden und kann ihr nicht die hohe Bedeutung zumessen, wie Eulenburg. Für das bipolare Bad empfahl Vortr. früher vornehmlich Holzwannen, jetzt ist er jedoch überzeugt, dass auch eine jede innen gut lackirte oder emaillirte Metallwanne die gleichen Dienste thun kann, wenn die in die Wanne einzuhängenden grossen Rheophoren genügend von der Wanne isolirt sind. Vortr. zeigt ein solches Rheophor, welches aus einer Metalltafel, die von mit Luft aufgeblasenen Kautschückröhren umgeben ist, besteht. Ferner seitliche und Fusselektroden, die ihre Isolation durch gut lackirte Stäbe aus festem trockenem Holze erhalten. Um eine gute Gesammtwirkung auf den menschlichen Körper zu erzielen, muss noch eine

weitere Platte in der Mitte der Wanne zwischen den Füssen eingeschaltet werden. Hierdurch wird eine gleichmässige Stromempfindung am gesammten Körper, mit Ausnahme der Sternalfläche des Brustkorbes erzielt.

Discussion über beide Vorträge: Jolly stimmt in Bezug auf die Bemerkungen über Müller ganz mit dem Vortragenden überein. Die Behauptungen Müller's über bestimmte Dosirung können nicht ganz zutreffend sein, weil der Leitungswiderstand bei verschiedenen Menschen eben ein verschiedener ist. Das eine Mal liegt z. B. ein und derselbe Nerv oberflächlich, das andere Mal tief. An sich selbst prüfte Jolly die Wirkungen des electr. Bades; sowohl beim unipolaren Bade Eulenburg's wie bei der Längsdurchströmung Stein's hat man intensive Haut- und Muskelwirkung. Eine weitere Anbringung von Polplatten zwischen den Beinen hält er nicht für nothwendig, ja für den constanten Strom sogar für einigermassen bedenklich.

Stein erwidert, dass die Polplatten zwischen den Beinen nur für das faradische Bad indicirt seien, um die Empfindung gleichmässiger zu machen.

Grashey fragt nach der Einwirkung auf die Schlaflosigkeit.

Stein: Möbius hätte besonders auf die schlafmachende Wirkung aufmerksam gemacht.

Binswanger hat der Einwirkung der electr. Bäder diejenigen Formen von Neurasthenie unterworfen, die eine gewisse Apathie zeigten; bei ihnen war die Wirkung ausserordentlich gut. Auch bei nicht zu erregten Hypochondern und Melancholikern hat er gute Erfolge gehabt. Die Wirkuug hat er nur so weit eintreten lassen, dass keine erheblichen Zuckungen entstanden. Konnte er aber den Schlaf nicht durch andere Mittel erzeugen, so konnte er es auch nicht durch das electr. Bad.

Kraepelin (Dresden): *Ueber die Verwirrtheit.*

Vortr. sucht den Begriff der Verwirrtheit klinisch zu analysiren. Er hält für die charakteristischen Elementen derselben einmal die Unfähigkeit, sich in der Umgebung zu orientiren, andrerseits die Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes. Je nach dem stärkeren Hervortreten der einen oder anderen dieser allerdings von einander abhängigen Störungen unterscheidet er eine *sensorische* und eine *intellektuelle* Verwirrtheit. Erstere Kategorie umfasst die *hallucinatorische* und eine vom Vortr. vorläufig als *illusionäre* bezeichnete Form, die sich durch die Unfähigkeit zu unbefangener Auffassung und zum Verständniss der Einzelwahrnehmungen charakterisirt.

Die *intellektuelle* Verwirrtheit zerfällt ebenfalls in 2 grosse Gruppen von Störungen, in solche, die nur symptomatische Bedeutung besitzen und in solche, die eine dauernde und definitive Vernichtung der psychischen Functionen signalisiren. In der ersten Gruppe lassen sich eine *ideenflüchtige* und eine *combinatorische* Verwirrtheit von einander abgrenzen, je nach dem Vorherrschen associativer und aper-

ceptiver Vorstellungsverbindungen. Letztere Störung kommt nicht selten in acuten Erregungszuständen mancher Formen der primären Verrücktheit zur Beobachtung. Die *secundäre* Verwirrtheit endlich bietet 3 verschiedene Grade der Störung dar, einmal eine „raisonnirende" Form mit Erhaltung des formalen Zusammenhanges bei Sinnlosigkeit des Inhaltes, zweitens die schon von Griesinger aufgestellte „allgemeine" Verwirrtheit und endlich eine „stereotype" Form mit Reducirung des Vorstellungsschatzes auf wenige immer wiederholte Elemente. Eine eingehendere Begründung dieser Aufstellungen soll später an der Hand zahlreicher Krankengeschichten und Stenogramme erfolgen.

Discussion: Grashey glaubt, dass alles das, was der Vortr. Verwirrtheit nennt, nichts weiter ist, als Wahrnehmungsstörung. Das Elementare ist eben die Störung des Wahrnehmungsvorganges. Die Verwirrtheit setzt sich zusammen aus vielen elementaren Störungen, die aus der Wahrnehmung entspringen.

Kraepelin erwidert, dass ihn der Umstand, dass wir bisher nur einen Gesammtnamen für diese *Summe* von elementaren Störungen hatten, veranlasst habe, die Verwirrtheit als elementare Störung zu bezeichnen.

(Fortsetzung des Berichtes in nächster Nummer.)

II. Original-Vereinsberichte.

Kongress für Phreniatrie und Neuropathologie in Antwerpen.

Am 7., 8. und 9. September d. J. fand in Antwerpen auf Veranlassung der Société de médecine mentale de Belgique ein Kongress statt, der sich hauptsächlich mit zwei allgemeinen Fragen zu beschäftigen hatte. Nämlich, erstens mit der Schaffung einer gleichmässigen internationalen Irrenstatistik und zweitens mit den Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen.

Die Versammlung, die vom Bürgermeister von Antwerpen freundlich begrüsst wurde und vom Präsidenten der obengenannten belgischen Gesellschaft Viktor Desguin als Präsident und dem Generalinspektor der Irrenanstalten Belgiens Ouдart geleitet wurde, war von den vornehmsten belgischen und holländischen Irrenärzten besucht, ferner von einer Delegation der Pariser medico-psychologischen Gesellschaft (Magnan, Christian, Rey u. A.) und einer Delegation der British-medico-psychological Association (Präsident Eames, Hack Tuke u. A.). Die angekündigten Italiener waren offenbar wegen des Ausbruches der Cholera in Italien nicht erschienen. Russland war durch Merszejewski, Dänemark durch Steenberg vertreten; von Oesterreichern war Prof. Benedikt anwesend, der auch mit Eames u. A. zum Ehrenpräsidenten ernannt wurde.

Zwei Nachmittage waren speziellen Mittheilungen psychiatrischer und neuropathologischer Natur gewidmet.

Wir heben vor Allem die Mittheilung von Foville hervor: über das Recht der Geisteskranken, ihren Zustand zu jeder Zeit vom Gerichte untersuchen zu lassen; jene von Oudard: über eine neue (wallonische) Irrenkolonie in Belgien; jene von Verriest: über einen Fall mit dreifachem Bewusstsein; jene von Christian: über die angebliche Knochenbrüchigkeit bei paralytischen Geisteskranken; jene von Benedikt: über die spezifischen Wirkungen der statischen Elektrizität und ein Vortrag eines talentvollen jungen Belgiers, Marik: Eine Experimentaluntersuchung über Gehirnlokalisation etc. In der Diskussion über diese Mittheilung rügte Benedikt die Vernachlässigung der deutschen Physiologie und warnte davor, auf Grund von solchen Spezialuntersuchungen auf die Diskussion grosser psychologisch-metaphysischer Themata einzugehen.

Die allgemeine Frage über die Basis einer guten internationalen Statistik der Geisteskrankheiten wurde einer internationalen Kommission zur Bearbeitung zugewiesen.

Von entscheidender Bedeutung war die Diskussion über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen, umsomehr, als die zwei entscheidenden Beamten des belgischen Justizministeriums Oudard, ferner Prins, Generalinspektor der Gefängnisse und Professor des Kriminalrechts in Brüssel, eine den Anschauungen der Versammlung zustimmende Haltung zeigten.

Der geistreiche Bericht Semal's barg einige Gefahren für die Diskussion, der mit einem gewissen Bangen auch vom Referenten entgegengesehen wurde. Es waren in diesem Berichte die metaphysisch-psychologischen Fragen zu viel angezogen, recht fragliche physiologische Hypothesen über psychische Gehirnlokalisationen benutzt und die anthropologischen Resultate mehr hingestellt, als kritisirt. Hingegen spitzte sich dieser Bericht und die Einleitung der Diskussion durch den Referenten zu dem glücklichen Antrag zu: Die Regierung möge fortfahren, die Untersuchungen der belgischen Gesellschaft für Psychiatrie über die Beziehungen der Geisteskrankheiten und Verbrechen zu unterstützen und sie möge eine Kommission ernennen, mit dem Auftrage, diese Beziehungen zu studiren und ihre Aufmerksamkeit zu richten:

1. Auf jeden Gefangenen, der im Verdachte der Geistesstörung steht.

2. Auf jedes Individuum, das im Zustande der Geistesstörung ein Verbrechen begeht.

3. Auf die grossen Verbrecher und Rezidivirten.

4. Auf die Individuen, die während der Gefangenschaft geisteskrank werden und auf den Einfluss der Einzelhaft auf die Entwicklung von Geistesstörung.

Mit der Ernennung einer solchen Kommission tritt die jahrelange Bemühung der Wissenschaft in ein offizielles und praktisches Fahrwasser und Belgien dürfte in dieser Beziehung wieder legislatorisch den anderen Ländern vorauseilen.

Nach dem Berichterstatter erhielt Prof. Benedikt das Wort,

und zwar mit Zustimmung der Versammlung zu einer längeren Auseinandersetzung, die nach allgemeinem Urtheile nicht nur der diesmaligen Diskussion, sondern der Frage überhaupt eine bestimmende Richtung verlieh. Der Vortragende hatte schon in der Diskussion über den Vortrag Maryk's verhütet, dass physiologische Spekulationen herbeigezogen werden. Er betonte auch nun, dass überhaupt Sätze in Diskussion, wie die Sätze von Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit und ihre Antithesen nicht Ausgangspunkte, sondern höchstens Ziele der Wissenschaft sein dürfen, also auf dem Kongresse auch nicht debattirt werden sollen, und er hob ebenso im Verlaufe seines Vortrags hervor, dass die anatomischen Thatsachen zwar Anhaltspunkte liefern, besonders für die allgemeine Anschauung, aber im Allgemeinen keinen direkten diagnostischen Werth haben und haben können. Er macht nur kurze Bemerkungen über die Fragen der Verbrechen der Geistesgestörten und die nachträgliche Geistesstörung der Verbrecher und geht direkt auf die Dikussion der Frage über, *ob das Gros der Verbrecher — besonders die professionellen Verbrecher — eine als solche geborene Varietät des Genus Homo darstellen, i. e. diathetische Individuen seien.* Er analysirt nun auf induktivem Wege die Psychologie dieser Verbrecher und macht vor Allem auf ein psychologisches Grundelement aufmerksam, nämlich auf Neurasthenie, d. i. einem Zustande rascher Erschöpfbarkeit mit dem Unlustgefühle grosser Schwäche. Die beobachtete angeborene oder frühzeitig erworbene Neurasthenia physica, aesthetica und moralis seien die Ursache der Arbeitsscheu, der Frivolität und der moralischen Widerstandsunfähigkeit, welche eine Hauptrolle in der Psychologie der Gewohnheitsverbrecher spielen.

Benedikt entwickelt nun einige weitere psychologische Grundelemente und kommt zu dem Schlusse, *dass die professionellen, unverbesserlichen Verbrecher in der That eine angeborene Varietät des Genus Homo darstellen. Als Geisteskranke seien sie aber nicht zu betrachten,* da ihr Zweck, das Leben zu erhalten und zu geniessen, ein naturgemässer sei, ihre Mittel wohl berechnet seien, und den Meisten auch das Gefühl des Unrechtes nicht ganz abgesprochen werden kann.

Es finden sich aber alle Uebergänge zum geistigen und moralischen Schwachsinn, sowie vom Zustande leidenschaftlicher Erregung zum unwiderstehlichen Impulse.

Die Verbrecher seien überhaupt vom psychologischen Standpunkte in vier Kategorien zu theilen:

1. Accidentelle Verbrecher, bei sonst normaler Organisation.

2. Professionelle, unverbesserliche Verbrecher. Sie sind als eine angeborene Abart des normalen Typus zu betrachten.

3. Verbrecher durch Intoxikation oder Krankheit. Sie sind genau so wie Kranke mit erworbener Epilepsie oder erworbener Geistesstörung zu betrachten.

4. Verbrecher mit den Zeichen schwerer angeborener Degenera-

tion. Sie sind wie die von Geburt aus behafteten oder überhaupt wie die hereditär belasteten Geisteskranken und Epileptiker zu behandeln.

Vernunft und Gerechtigkeit werden erst dann zur vollen Geltung kommen, wenn das Gesetz und der Richter den Verbrecher nach seiner „*Gefährlichkeit*“ für die Gesellschaft und ihre Institutionen betrachten und ihn danach nach richtigen psychologischen Prinzipien „*behandeln*“.

Das Haupthinderniss für eine gedeihliche Entwicklung der Gesetzgebung und der kriminalistischen Wissenschaft sei die vollständig verfehlte Erziehung der Juristen, welche jener der Mediziner vor Errichtung von Kliniken analog sei. Der Jurist erlerne Meinungen und Definitionen, aber das Objekt selbst lerne er nicht oder spät kennen, oder in seiner praktischen Laufbahn im verkehrtesten Lichte. Darum möge der Kongress den Wunsch aussprechen: *es mögen Verbrecher-Kliniken errichtet werden*, d. h. in Strafhäusern in Universitätsstädten Kurse über kriminalistische Psychologie, mit den Verbrechern als Lehrobjekt, eingerichtet werden.

Der Vortrag wurde mit stürmischem Applause aufgenommen und die Resolution in Bezug auf die Verbrecher-Kliniken einstimmig angenommen.

Die folgende Debatte zeigte die volle Uebereinstimmung der Fachmänner mit der Denkmethode und den Anschauungen Benedikt's.

Der Antrag Warnot's, dass eine eigene anthropologische Enquête eingesetzt werde, wurde nur deshalb nicht angenommen, weil das anthropologische Studium der Verbrecher heute selbstverständlich sei.

Gegen eine prinzipielle Trennung der Verbrecher und Geisteskranken in anthropologischer und hereditärer Beziehung, wie sie Lombroso zum Theile annimmt und Warnot hervorhob, sprechen sich Héger und Benedikt aus. Héger betont auch in Uebereinstimmung mit letzterem, dass man die anthropologischen Befunde bei Verbrechern überhaupt nicht einseitig überschätzen dürfe.

Hack Tuke warnt davor, die philosophische Anschauung von der Unzurechnungsfähigkeit des Menschen überhaupt an die Spitze dieser Untersuchungen zu stellen, da sonst die wichtige Frage auf die Alteration der Zurechnungsfähigkeit bei patholologischen Individuen verwirrt werde.

Einen prinzipiellen Widerspruch erhob blos Van Andel aus Holland, der sich als Dualist bekannte, behauptete die Frage der Willensfreiheit interessire nur die Juristen und erzählt, er habe zwei Skaphenokephale gekannt, die nicht geisteskrank waren. Héger und Benedikt betonen, dass es ja Niemanden eingefallen sei, einer Deformation einen absoluten pathognomonischen Werth beizumessen. Benedikt betont noch einmal, dass die philosophischen Streitfragen in den wissenschaftlichen Untersuchungen gar nicht hineinbezogen werden dürfen und bedauert, dass dies ein Säkulum nach Kant überhaupt noch geschehe. Aber die Streitfragen selbst interessiren Jedermann, auch das Kind in der Schule.

Die Anträge des Referenten werden dann allgemein acceptirt.

Damit schloss der eigentliche Kongress, der in Ausflügen nach Gheel und in verschiedene Irrenanstalten und in einem hochinteressanten Ausfluge ins Zellengefängniss in Louvain sein Nachspiel fand.

R.

III. Referate und Kritiken.

450) **Schrader jun.** (Quedlinburg): Stich-Verletzung des Rückenmarks. Halbseitenläsion. (Deut. Med. Zeit. Nro. 76. 1885.)

Der Ackermann R. wurde am 13. August 1883, Nachts 2 Uhr durch einen Messerstich in den Rücken verletzt. Das Instrument, mit dem die Verletzung ausgeführt wurde, war ein gewöhnliches Taschenmesser, dessen Spitze nahezu halbkreisförmig über einen Durchmesser von etwa 1 cm stumpf abgeschliffen war. Gleich nach der Verletzung brach R. angeblich momentan zusammen, war nicht im Stande, sich wieder aufzurichten und musste nach Hause getragen werden. Das Bewusstsein blieb klar, obwohl sofort ein starker Blutverlust auftrat, welcher erst nach einer Stunde allmählich aufhörte.

Fünf Stunden nach der Verletzung wurde folgender Befund konstatirt. Der Verletzte, 30 Jahre alt, liegt theilnahmslos in leicht erhöhter Rückenlage. Die Farbe der Wangen und Lippen ist auffällig blass; die Temperatur im Gesicht und den Extremitäten herabgesetzt; Puls 72, klein; Athmung etwas erschwert: das Sensorium frei, Sprache langsam, Stimme schwach. Der Kranke kann sich weder allein aufrichten, noch sitzen. Nach passiver Aufrichtung desselben zeigt sich das nach Aufhören der Blutung frisch angelegte Hemd im Rückentheile in grosser Ausdehnung mit einer serösen Flüssigkeit durchtränkt, welche in bogenförmigen Rändern stellenweise aufgetrocknet ist und das Leinen leicht grünlich verfärbt hat. Nach Entfernung der Bekleidung sieht man genau in der Mittellinie zwischen den Dornfortsätzen des 3. und 4. Brustwirbels eine etwa $1^1/_2$ cm breite, quer verlaufende, scharfrandige, klaffende Hautdurchtrennung, welche sich in die Tiefe fortgesetzt und daselbst scheinbar ein wenig nach links abweicht. Die geraden Rücken-, Bauch- und wahrscheinlich auch die unteren Intercostal-Muskeln der linken Seite, sowie die gesammte Muskulatur des linken Beines sind gelähmt, ausserdem besteht Gefühllosigkeit im rechten Bein bis zur Hüfte. Die Gefühlsperception in der linken Seite bis zur Brustwarze und nach hinten bis zur Mittellinie erscheint beeinträchtigt; die Angaben des Patienten hierbei sind schwankend. Reflexbewegungen werden bei Reizung der Haut des linken Beines rechts ausgelöst. Hautreizungen am rechten Beine bleiben reaktionslos. Es besteht Parese der Blase, und wie sich später herausstellt, auch des Mastdarmes.

Die Wunde heilte per primam. Die völlige Parese der Blase währte drei Tage; so lange nur war die Anwendung des Katheters

nöthig. 14 Tage nach der Verletzung (26. August) konnten Wiederkehr der Sensibilität des rechten Beines, 19 Tage danach (31. August) die ersten Zehenbewegungen links konstatirt werden. 4 Wochen nach der Verletzung war Patient im Stande, sich mit Krücken, 8 Wochen danach sich ohne Krücken fortzubewegen. Es trat indessen sehr schnell Ermüdung und Muskelzittern, besonders stark im linken Quadriceps femoris ein.

Eine zwei Jahre nach der Verletzung (25. August 1885) vorgenommene Untersuchung ergab leichtes Muskelzittern des linken Quadriceps femoris, abgeschwächte Sensibilität des rechten Beines, besonders für leichte Hautreize und Temperatur-Differenzen; Druck und Stoss werden am besten percipirt. Die Reflexthätigkeit im rechten Beine ist abgeschwächt, im linken verstärkt. Der Patient klagt noch über verlangsamte Urin-Entleerung, schnelle Ermüdung des linken Beines und starkes Zittern des linken Quadriceps femoris bei anhaltender schwerer Arbeit. Der Gang ist wieder völlig normal.

Die Diagnose wurde nach der ersten Untersuchung auf Durchstechung der linken Hälfte des Rückenmarks gestellt. Dafür sprachen, ausser den Symptomen des Shocks im allgemeinen, im besondern die komplete motorische Lähmung der linken Körperhälfte von der Stich-Verletzung nach abwärts bei grösstentheils erhaltener Sensibilität, und die Lähmung der Sensibilität des rechten Beines bei erhaltener Motilität, die Blasen- und Mastdarm-Lähmung und der Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis aus der Wunde. Denn wenn zwar Aussickern der Flüssigkeit aus der Wunde 5 Stunden nach der Verletzung infolge der die Dura-Oeffnung verschliessenden, kräftig entwickelten Weichteile nicht mehr zu sehen war, so entsprach doch die sehr reichliche Durchfeuchtung des Hemdes mit offenbar albumenhaltiger Flüssigkeit 5 Stunden nach der Verletzung nicht dem Sekret einer so kleinen, etwa unkomplizirten Stichwunde.

Auffällig war indessen bei alledem der Umstand, dass nirgends Hyperästhesie vorhanden war, welche nach den Lehren der experimentellen Physiologie bei halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarkes doch erwartet werden konnte. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Waffe stumpf und breit abgerundet gewesen war, dieselbe daher bald an den Gelenk-Fortsätzen des 3. und 4. Brustwirbels aufgeprallt und aufgehalten sein konnte und unter weiterer Berücksichtigung der auffälligen Erscheinung, dass die Lähmungen schon vom dritten Tage an nachzulassen begannen, ermöglichte das Fehlen der Hyperästhesie die Annahme, dass das Rückenmark nur gequetscht, nicht durchstochen war.

Diese letztere Annahme wurde dann auch durch die fast völlige Restitutio in integrum bestätigt.

Die Möglichkeit, dass sämmtliche Symptome etwa nur durch den Druck eines Blutextravasates innerhalb oder ausserhalb der Dura spinalis, ohne direkte Quetschung des Markes durch die Waffe entstanden seien, ist durch die momentan nach der Verletzung aufgetretenen Läh-

mungen, den Ausfluss von Liq. cerebro-spinalis, sowie deshalb auszuschliessen, weil das extravasirte Blut bei der gleich nach dem Falle eingenommenen Rückenlage sehr frei abfliessen konnte.

Die ausserdem bei Gelegenheit dieses Falles aufgetauchte Meinung, dass entsprechend der künstlichen Heilung durchschnittener Nervenstämme etwa eine per primam eingetretene Heilung des durchstochenen Rückenmarkes in diesem Falle angenommen werden könnte, widerspricht allen bisher durch die experimentelle Physiologie hierüber gewonnenen Erfahrungen. Durchschneidung des Rückenmarkes führt zur Degeneration der durchschnittenen Leitungsbahnen und zur Lähmung und Atrophie der davon abhängigen Muskelgruppen etc. Lähmungen sind in diesem Falle nicht zurückgeblieben; das Muskelzittern des linken Quadriceps femoris und die verminderte Sensibilität der Haut der rechten unteren Extremität dürften wohl auf verminderten Tonus der betreffenden Leitungsbahnen als Folge der Quetschung zurückgeführt werden.

Dieser Fall lehrt uns:

1. dass das Fehlen der Hyperästhesie nach halbseitiger Rückenmarksverletzung ein Zeichen diagnostischer Bedeutung ist,
2. dass die experimentell an Thieren gewonnenen Erfahrungen Brown-Séquards, wonach die sensiblen Bahnen sich theilweise schon im Rückenmark kreuzen, auch für den Menschen zutreffen.

---

451) **L. Hirt** (Breslau): Ueber Hemiatrophie der Zunge.
(Berl. klin. Wochenschr. Nro. 26. 1885.)

H. publicirt einen von ihm genau beobachteten und untersuchten Fall von Hemiatrophie der Zunge, der bei der Seltenheit dieser Affection überhaupt um so mehr Interesse erweckt, als die Hemiatrophie hier in einem Falle auftrat, der mit Tabes sicherlich nichts zu thun hat, während die meisten der bisherigen Publikationen über sie (Ballet, Cuffer etc. etc.) dieselbe mehr weniger als Complication der Tabes darstellen. In vorliegendem Falle handelte es sich vielmehr um eine — intra vitam diagnosticirte — apoplectiforme Bulbärlähmung. Die Erscheinungen waren in kurzem folgende: Eine 76 jährige Frau erkrankt vor 4 Monaten unter Erscheinung eines apoplectiformen Anfalls mit kurzem Bewusstseins- und Sprachverlust. Die wiedergewonnene Sprache blieb verändert, unrein; es kamen Schlingbeschwerden dazu, namentlich beim Schlucken von Flüssigkeiten; starke Salivation; Zunge weicht beim Herausstrecken nach rechts ab; zittert stark; die linke Hälfte war dicker, fest und derb, während die rechte schwammig, weich ist; keine Schmerzen, keine Geschmackverminderung; Facialisfunctionen normal; alle Zungenbewegungen ausführbar; Sensibilität und Geschmack beiderseits normal, dagegen deutliche Entartungsreaction; die laryngoskopische Untersuchung (Sommerbrodt), wobei sich Würg- und Schlingreflexe fast erloschen zeigen, ergibt „das Bild einer vollkommenen rechtsseitigen Recurrenzlähmung;“ Trigeminus und Oculomotoriusfunction normal.

H. stellt die klinische Diagnose auf, „*eine bulbäre Hämorrhagie, eine Blutung, resp. embolische Erweichung im rechten Hypoglossus — u. Vagus — Accessoriuskern.* Der Herd muss nach seiner Meinung genau in der Mittellinie liegen, und die Zellen des Hypoglossuskerns zerstört haben. Die Recurrenzlähmung könne als direktes oder indirektes Herdsymptom gedeutet werden; die Salivation als Sympathicusreizung oder, wenn einseitig vorhanden, was noch nicht festgestellt werden konnte, als Facialisreizung.

Bastelberger (Eichberg).

---

452) **Adamkiewicz** (Berlin): Zur sog. Jackson'schen Epilepsie.
(Berl. klin. Wochenschr. 1885, Nro. 23 u. 24.)

A. hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Wesen dieser unilateralen Krämpfe genauer zu studiren, und hat zu diesem Zwecke den Weg des Experimentes betreten. Er brachte in die Schädelhöhle eines Thieres Stückchen von quellenden Substanzen (z. B. Laminaria) in der Weise ein, dass dieselben bei ihrem Aufquellen einen sich steigernden Druck auf die Substanz einer der beiden Hemisphären, und zwar an deren vorderen Abschnitte ausüben mussten. Auf solche Weise gelang es ihm, *auf der der gedrückten Hemisphäre gegenüberliegenden Körperhälfte eine reine Form Jackson'scher Krämpfe künstlich hervorzurufen.* Unter Beziehung auf seine früheren Arbeiten über Hirndruck führt er weiter aus, dass die Wirkung solcher künstlicher Tumoren von dem Grade des Druckes abhängen, den sie ausüben. Anfangs, so lange noch der Druck derselben der Compressibilität der Gehirnsubstanz gerade gleich kommt, verläuft er ohne Funktionsstörung. Geht er dann über diese Grenze hinaus, so werden zuerst die besagten Krämpfe ausgelöst, später kommt es zu Hemi- und Paraplegien mit spastischen Erscheinungen und Sehnenzittern und endlich zu spontanem Tremor und Paralyse. A. deducirt nun aus seinen Experimenten, dass die *Centren der Jackson'schen Krämpfe nicht in der Hirnrinde, sondern subcortical liegen,* sowie dass die Centren der physiologischen Bewegung, die er ebenfalls in die subcorticalen Gehirnschichten verlegt, sowie die des Jackson'schen Krampfes dieselben sind. Der Unterschied zwischen beiden Formen der Bewegung beruht nach A. nur darauf, „dass entweder die Art der Erregung dieser Centren oder die Natur der diesen Erregungen zu Grunde liegenden Reize in beiden Fällen verschieden sind". Er unterscheidet hiebei 3 Kategorien von Reizen 1) centrale Erregung, wie er sie durch den Druck auf die compressible Gehirnmasse experimentell darstellen konnte; 2) reflectorische Erregung; und 3) automatische Erregung, für welch beide letzteren je eine Krankengeschichte gegeben wird. A. definirt nun nach den von seinen Experimenten und klinischen Beobachtungen gelieferten Erfahrungen den Jackson'schen Krampf als „einen pathologischen Erregungszustand der physiologischen — subcorticalen — Bewegungscentren des Gehirns, ein Produkt im Princip derselben Erregungen, welche auch den normalen Bewegungen zu Grunde liegen, demnach als das Produkt centraler „reflectorischer und automatischer

Reize". Hierbei unterscheide sich der unilaterale Krampf von den physiologischen Bewegungen dadurch, dass der centrale ihn hervorbringende Reiz nie ein psychischer von der Rinde ausgelöster, sondern vielmehr stets ein grob materieller Einfluss ist. Bei den Reflexen und automatischen Reizen beruhe der Unterschied zwischen Krampf und physiologischer Bewegung in der pathologischen Intensität ihrer Wirkungsweise. Bastelberger (Eichberg).

---

453) **Köbner**: Pruritus cutaneus unilateralis nach Gehirnembolie.

Nachdem Prof. Köbner im Verlaufe seiner Vorlesungen und Demonstrationen auf das Symptom des Juckens öfters aufmerksam gemacht, wie z. B. bei Eczem, Lichen ruber, bei thierischen und pflanzlichen Parasiten der Haut, bei Prurigo, stellte er in nachfolgendem Falle eine Patientin vor, welche neben dem Fehlen aller objektiven Symptome nur das einzige subjektive des Juckens der Haut darbietet.

A. W., kräftig, 36 Jahre alt, Vater an unbekannter Krankheit gestorben, Mutter gesund, zwei Brüder herzkrank gestorben. In ihrem 9. und 20. Jahre erlitt sie Gelenkrheumatismus, complicirt mit Herzklappenfehler. Am 3. Juni 1882 trat mit Bewusstseinsverlust Lähmung beider linksseitigen Extremitäten auf. Patientin erholte sich nach kurzer Zeit, um jedoch am 5. März 1883 einen neuen Anfall zu erleiden. Status praesens ergibt Insufficienz und Stenose ostii venosi sinistri, und (in Folge wiederholter Gehirnembolien) vollkommene Paralyse der linken Gesichtshälfte, ferner der linken oberen und unteren Extremität, Tieferstand des linken Mundwinkels, das linke Auge nicht verschliessbar, linke Pupille starr, Sensibilität links bis an die Medianlinie aufgehoben, ebenso Temperaturgefühl. Rechts Hyperästhesie. Allgemeinbefinden gut, Urin normal. Was hier am meisten interessirt, ist die Klage der Patientin über *ein Tag und Nacht quälendes Jucken, welches nur auf die linke gelähmte Körperhälfte beschränkt ist.* Dabei fehlt ein *objectives* Symptom, event. eine das Jucken bedingende Hautkrankheit vollständig. Ein zweites Symptom der gelähmten linken Seite ist das Fehlen der Transspiration daselbst, ferner auffallend verminderte Temperatur. Köbner ist bis jetzt kein ähnlicher Fall von Pruritus cutaneus bekannt, wohlverstanden von rein nervösem, nicht durch pathologische Hautveränderungen oder von Diabetes, Morbus Brightii, Prurit. senilis, von Galle, von Psychosen etc. hervorgerufenen. Therapeuthisch bewährte sich eine Salbe aus Choralhydrat, Camphor. trit. aa 5·0, Vaselini 50·0 vortrefflich. Hausmann (Meran).

---

454) **J. S. Bristowe**: Cases of recovery form symptoms pointing to the presence of progressive organic cerebral disease. (Genesung nach Erscheinungen, die auf ein progressives organisches Cerebralleiden deuteten.) (Brain, April 1885.)

Ein 23jähriges Mädchen, das wegen anscheinend tuberkulöser Peritonitis aufgenommen wurde, zeigte bald nach der Aufnahme Strabismus in Folge partieller Lähmung beider recti externi und des linken

rect. intern., Nystagmus, Gedächtnissschwäche und Sinnestäuschungen. Der Augenhintergrund erwies sich normal. Die Annahme, dass es sich um cerebrale Tuberculose handle, erschien berechtigt, nichtsdestoweniger besserte sich plötzlich der Zustand der fast aufgegebenen Kranken, das peritonitische Exsudat verschwand, Appetit und Theilnahme für ihre Umgebung kehrten zurück, Strabismus und Delusionen verloren sich und die Patientin konnte etwa 7 Wochen nach dem Auftreten der drohenden Symptome entlassen werden. In der Folge besserte sich auch der Nystagmus und nur das Gedächtniss blieb defect.

Ein zweiter Fall verlief ähnlich. Die Symptome bestanden hier in Doppeltsehen, Strabismus mit Parese beider recti ext., Schwindel und Kopfschmerz, später deutliche Neuritis opt. beiderseits und Cheyne-Stokes'sche Respiration. Die Symptome verschwanden bis auf die Neuritis optica. Trotzdem ausser einem leichten Bronchialcatarrh nichts für Tuberculose sprach, glaubt B. annehmen zu müssen, dass es sich um tuberculöse Meningitis gehandelt habe.

Eine 39 jährige Frau wurde mitten in voller Gesundheit von Doppeltsehen und Schwindel befallen. Nach drei Wochen Kopfschmerz und Unfähigkeit zu stehen, Erbrechen, Taubheit der rechten Oberlippe. Nach einem Monat zeigte sich Parese des rechten rect. extern. und des linken r. intern., horizontater Nystagmus bei raschem Blick nach links und Einengung des Sehfeldes von rechts her. Später stellten sich unwillkürliche Bewegungen der Beine, Taubheitsgefühl in den Füssen mit erhöhtem Kniephänomen und Zucken des linken Mundwinkels, Augenlides und der linken Hand ein, zugleich complete Farbenblindheit auf beiden Augen und auf der Höhe der Krankheit Schwäche und Contractur des rechten Armes. Auch hier verloren sich wider Erwarten im Laufe von zwei Monaten sämmtliche Symptome.

Matusch (Sachsenberg).

---

455) **David Drummond:** On the nature of the spinal lesion in poliomyelitis anterior acuta or infantile paralysis. (Ueber die Natur der spinalen Erkrankung in der P. a. a. oder Paralysis infantum.)

(Brain, April 1885.)

Verf. fand zufällig bei der Section eines nach halbtägiger Krankheit gestorbenen 5 jährigen Mädchens rothe Erweichung der Vorderhörner in der Gegend des 3. und 4. Cervicalnerven. Bei microscopischer Untersuchung zeigten sich hier die feinsten von der Peripherie zu den Vorderhörnern verlaufenden Gefässe prall gefüllt und nach den Vorderhörnern hin und am zahlreichsten in diesen selbst traten zerstreute kleine Hämorrhagien auf. Stellenweise war die Neuraglia so geschwollen, dass sie die maschige Structur der weissen Substanz und die sog. Sonnenbildchen verdeckte. Die Ganglienzellen der Vorderhörner waren ebenfalls deutlich geschwollen, granulirt und zum Theil ohne Kern, ihre Fortsätze unkenntlich. Dem Grade des Processes entsprach überall die Veränderung der benachbarten Capillaren.

Gewöhnlich betraf die Affection vorzugsweise das Vorderhorn einer Seite, sie beschränkte sich indessen durchaus auf die macroscopisch differenzirte Gegend.

D. führt weiterhin aus, dass der Befund nur als Poliomyelitis ant. acuta zu deuten sei und sich überhaupt als die äusserst selten zu Gesicht komende *primäre Affection* characterisire.

Matusch (Sachsenberg).

---

456) **Marie** (Paris): Hémiplégie cérébrale infantile et maladies infectieuses. (Cerebrale halbseitige Kinderlähmung.) (Le Progrès medic. Nro. 36. 1885.)

Den bereits bekannten Fällen von cerebraler halbseitiger Kinderlähmung in Folge infectiöser Erkrankungen reiht Verf. zwei neue an, die er auf der Charcot'schen Abtheilung zu beobachten Gelegenheit hatte. In dem einen Falle hatte sich die Hemiplegie bei einem 5 jährigen Mädchen während des Verlaufs des Keuchhustens entwickelt und in dem anderen (bei einem $2^1/_2$ jährigen Knaben) war sie im Anschluss an eine Parotitis eingetreten. Rabow (Berlin).

---

457) **P. Regnard** et **P. Loye:** Expériences sur un supplicié. (Experimente an einem Hingerichteten.) (Le Progrès med. Nro. 29. 1885.)

Während in Paris wegen verschiedener Formalitäten gewöhnlich eine kostbare Zeit verstreicht, ehe man dazu kommt, an Hingerichteten wissenschaftliche Untersuchungen vorzunehmen, gelang es den Verfassern am 2. Juli d. J. in Troges, ihre Experimente unmittelbar nach einer Enthauptung zu beginnen. Sie beobachteten hierbei folgendes: 1) In dem Augenblick, wo der Verurtheilte auf dem Richtplatze erschien, war er wahrscheinlich ohnmächtig. Er blieb völlig gelähmt, die Augen weit geöffnet, den Mund aufgesperrt. Genau in dem Moment, da das Messer den Kopf abtrennte, konnten sie deutlich eine allgemeine Contraction der Gesichtsmuskeln beobachten. Die daraus resultirende entsetzliche Gesichtsverzerrung darf zweifelsohne vielmehr mit der directen Reizung als mit einem psychischen Phänomen in Beziehung gebracht werden. Als der Cadaver eine Minute nach der Enthauptung bereits in dem Wagen der Beobachter war, fiel zunächst die vollständige Ruhe, in der er sich befand, auf. Der Gesichtsausdruck war ruhig, Mund und Augen geschlossen. Von den ungeordneten Bewegungen und Zuckungen, die viele Autoren an den Körpern Enthaupteten (nach Analogie decapitirter Thiere wie Enten, Hähne etc.) gesehen haben wollen, war nichts zu bemerken.

2) Der Körper befindet sich überall im Zustande der Contractur. Beim Erheben der Fussspitze wird zugleich der ganze Körper mit gehoben. Es gelingt nicht, die Kniee zu beugen oder die Oberschenkel im Hüftgelenke zu flectiren. — Die Augenlider, die im Momente der Enthauptung übermässig geöffnet waren, sind krampfhaft geschlossen. — Dieser Zustand von allgemeiner Contractur dauerte zwei bis drei Minuten an.

3) Nun wurde seitens der Beobachter dem Verhalten der Reflexe die Aufmerksamkeit zugewandt. Die Haut des Körpers wird gekniffen, die Füsse werden gekitzelt, ohne dass die geringste Bewegung zu Tage tritt; der Patellarreflex ist vollständig verschwunden. Die Oberfläche des Auges wird stark gereizt, ohne die geringste Reaction. Die mittelweite Pupille zieht sich kaum bei Annäherung einer intensiven Lichtquelle zusammen. Also 3 Minuten nach der Decapitation war jede spontane Bewegung, sowie jeder Reflex vollständig geschwunden. (Nur die Pupille contrahirte sich noch ein wenig in Gegenwart eines Lichtes.)

4) Es wurde weiter der Einfluss des N. Pneumogastricus auf die Lungencontractilität mittelst des Inductionsstromes geprüft. Dabei stellte sich noch 32 Minuten nach der Enthauptung die Betheiligung dieses Nerven von der in Rede stehenden Action zur Evidenz heraus.

5) 45 Minuten p. m. wurde das Abdomen geöffnet und bei dieser Procedur keine spontane Bewegung der Eingeweide oder des Magens wahrgenommen. Als nun die beiden N. Vagi direct gereizt wurden, stellten sich sofort sehr deutliche Bewegungen des Magens und der Eingeweide ein. Nach Longet soll eine derartige motorische Action nur bei gefülltem Magen eintreten. In diesem Falle war jedoch der Magen völlig leer.

6) Bei erneuter Reizung der Vagi machte sich auch in deutlichster Weise der Einfluss dieses Nerven auf die Magensecretion bemerkbar. Die Schleimhaut faltete und runzelte sich, gleichzeitig sieht man zahlreiche Tröpfchen von Magensaft gleichmässig auf der ganzen Oberfläche hervorquellen.

Was die Herzthätigkeit anlangt, so zeigte eine in das Herz gesteckte Nadel 51 Schläge 12 Minuten nach der Execution an. Die Schläge hörten erst in der 20. Minute auf. Bei der Autopsie wurde das Herz ganz erschlafft gefunden; die Höhlen enthielten Blutgerinsel.

Rabow (Berlin).

---

458) **Arnozan**: Ueber die Neuritis nach subcutanen Aetherinjectionen.
(Gaz. hebd. XXXII., 1885. 2. 3.)

Die nach Aetherinjectionen auftretenden Neuritiden waren nach Arnozan den früheren Autoren nicht unbekannt, doch hat man sie bisher keiner speciellen Aufmerksamkeit gewürdigt. Arnozan theilt folgende von ihm selbst und Anderen beobachtete Fälle mit.

1. 21 jähr. Mädchen. Variolois. Erhielt zwei tiefe Aetherinjectionen in die linke Ellenbogengegend. Nach einigen Tagen heftiger Schmerz an den Injectionsstellen und Radialislähmung. Nach ca. 6 Wochen bestand Lähmung der Hand- und Fingerstrecker, incl. des Abductor poll., mit Entartungsreaction, leichte Sensibiltätsstörung am Handrücken. — II. 24 jähr. Frau. Variola haemorrhagica. Tiefe Aetherinjection an der Streckseite des Vorderarms. Schon nach einigen Minuten beginnende Lähmung der Extensoren des 3. und 4. Fingers. Tod. Keine Section. — III. 33 jähr. Frau, Variola confluens.

Am 8., 9., 10. tiefe Aetherinjection in die Dorsalseite beider Vorderarme. Am 19. wurde die Lähmung wahrgenommen, rechts waren die Strecker des 2., 3. und 5. Fingers (der 4. war ankylotisch), links die der 3 letzten Finger gelähmt. Mehrere Tage hatte ein harter und schmerzhafter Knoten an der Injectionsstelle bestanden. Am 29. Oct. waren die rechten Finger gut beweglich, links war die Lähmung im Gleichen, hier bestand Entartungsreaction. — IV. Variola gravis bei einem 17 jähr. Burschen. Tiefe Aetherinjectionen am linken Vorderarm (am 14. und 15. Sept. je 2), am rechten Vorderarm (16. Sept.), am linken Oberschenkel (17. Sept.). An allen Injectionsstellen traten heftige und langandauernde Schmerzen ein, 2 mal kam es zum Abscess. Lähmung beider Vorderarme. Am 29. Oct. links Lähmung der Strecker des 3. und 4. Fingers, rechts der 3 letzten Finger. Die faradische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln war nicht ganz aufgehoben. — V. Lähmung einiger Fingerstrecker nach Aetherinjection. (Barth, Gaz. hebd. 1881). — VI. Lähmung des kleinen Fingers nach Aetherinjection (Arnozan et Salvet, Bull. de la Soc. anat. de Bordeaux 1883). — VII. Variola. Subcutane Aetherinjectionen in den rechten Oberschenkel. Unmittelbar danach heftiger Schmerz bis in die Zehen, Parästhesien. Dann schwere Ischiadicuslähmung mit Atrophie, Entartungsreaction, Anästhesie und vasomotorischen Störungen. Zehn Monate später war die Lähmung im Gleichen, bestand Mal perfor. an der Ferse. (Charpentier et Barbier, L'Union 1884.)

Arnozan hat weiter Versuche an Thieren gemacht, auf welche hier nicht des Näheren eingegangen werden kann. Es ergibt sich aus denselben, dass der den Nerven direct applicirte Aether entzündungserregend wirkt. Arnozan zieht den naheliegenden Schluss, dass man bei Aetherinjectionen nicht in die Tiefe stechen soll, nicht unter die Fascie, sondern nur unter die Haut. Er räth, die Glieder und die Bauchwand nicht, sondern lieber die Seitenwand des Thorax als Injectionsstelle zu wählen. M.

---

459) **Germain Sée**: Die Behandlung des Asthma mit Pyridin.
(Bull. gen. de Thérap. 30. Juni 1885.)

Da bei der Behandlung des nervo-pulmonären Asthma einige Patienten das souveräne Jod nicht vertragen, ist Sée empirisch auf Pyridin ($C_5 H_5 N$) gekommen, welches sich bei Verbrennung gewisser Pflanzen und Alkaloide, wie bei Cigaretten, Salpeterpapier etc. entwickelt. Es setzt die Reflexerregbarkeit des Rückenmarks, des respiratorischen Centrums, der Medulla oblongata herab. Weder subcutane Injection noch Inhalation sind zweckmässig, weil dabei theils Zersetzung des Pyridin, theils nervöse Anfälle vorkommen. Es empfiehlt sich, das Mittel zu aspiriren, indem man 4—5 Gramm auf einen Teller giesst und in einem circa 25 Kubikmeter Luft enthaltenden geschlossenen Raum verdampfen lässt. Das Pyridin verflüchtet sich leicht, schwängert die Atmosphäre, geht bald in's Blut über, ist demnach sofort im Urin vorfindbar. Die Einathmung soll 20—30 Minuten dauern. Die Wirkung gegen das Asthma ist sehr günstig, am Ende

der Sitzung stellt sich oft Schlafsucht, aber nie Verlust des Bewusstseins ein. In 3 Fällen von nervösem Asthma verschwanden die Anfälle nach 8—14 tägiger Behandlung vollständig. In einem unter 15 Fällen musste wegen Schwindel und Nausea die Behandlung eingestellt werden. Rabow (Berlin).

---

460) **Hallopeau** (Paris): Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée. (L'Encephale 1885. Bd. V. Nro. 2.)

Ein 83 jähr. Mann, der schon lange an Aortenstenose litt, jedoch ohne besondere Beschwerde dadurch zu haben, bekam plötzlich, nachdem mehrere Tage heftige Dyspnoe und starke Kopfschmerzen bestanden hatten, eine vollständige Blindheit: die Lichtempfindung war total erloschen; dabei keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen; Pupillen weit, reagiren nicht; ophthalmoscopischer Befund negativ. Keine Allgemeinerscheinungen, nur heftige Kopfschmerzen und Dyspnoe. Noch am selben Tage stellten sich in den Gliedern der linken Seite nahezu continuirliche, choreaähnliche Bewegungen ein: abwechselnde Flexion und Extension in den oberen Extremitäten, ebenso in Schenkel und Fuss; das Facialisgebiet ist frei von Zuckungen, dagegen wird der Kopf in toto in häufigen gewaltsamen Zuckungen von rechts nach links rotirt, und nehmen an dieser Rotation der obere Theil des Rumpfes und die rechte obere Extremität Theil. — Nach 3 Tagen beginnt langsame Besserung sowohl der Chorea, als auch der Amaurose (die Pupillen reagirten am 3. Tage wieder) und nach etwa 5 Wochen besteht nur noch leichte Herabsetzung der Sehschärfe.

H. localisirt die Erkrankung in die (vorderen) Vierhügel und nimmt eine Embolie in einem der 3 Arterienstämme (wohl dem vordersten), die die Corp. quadrigem. versorgen als das Wahrscheinlichste an. Schoenthal (Berlin).

---

461) **Max Schneider**: Cocaïnum salicylicum gegen Trigeminusneuralgie. (Allg. med. Central-Ztg. 1885. 53.)

Es handelt sich um eine Patientin, die zum 3. Male von Neuralgie des 2. und 3. Trigeminusastes befallen ist. Das erste Mal vor 5 Jahren wurde Chinin in grossen Dosen mit Erfolg angewendet. Der zweite Anfall dauerte fast $^1/_2$ Jahr hindurch. Chinin war diesmal erfolglos, die Schmerzen schwanden allmälich bei Gebrauch von Morphium und Eisen. Vor 4 Wochen die dritte Attaque, gegen welche Schneider versuchsweise Cocaïn. salicyl. injicirte. Die Wirkung war überraschend: 0·4 Cocaïn salicyl. in die rechte Wange injicirt, machte die Schmerzen total aufhörend, verursachte allgemeine Euphorie und war von durchaus keinen unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet. Die Injection an und für sich war schmerz- und reizlos. Pat. konnte darauf Nachts wieder schlafen, während vorher gerade in den Nachtstunden die Schmerzen am heftigsten waren. Nach 8 solchen Injectionen innerhalb der nächsten 6 Tage war Schmerz nur noch bei Berührung der Austrittstellen vorhanden, und dieser wurde dann durch

3 galvanische Sitzungen (An. stabil auf die Schmerzpunkte, Kat. in den Nacken) vollständig entfernt. Diese Behandlung der Trigeminusneuralgie ladet zu weiteren Versuchen ein.

---

462) **Hughes Bennett** und **C. Campbell:** Case of brachial monoplegia, due to lesion of the internal capsule. (Fall von M. b. in Folge von Läsion der inneren Kapsel.) (Brain, April 1855.)

Nach einem epileptischen Anfalle bei einem 80jährigen Officier blieb vollständige schlaffe Lähmung des linken Armes bis zum Tode bestehen, während die übrigen Lähmungserscheinungen: Parese des linken Facialis und des linken Beines und leichte Sprachstörung bald nach dem Anfalle schwanden. Die Sensibilität war normal. Es fand sich eine scharf begrenzte bohnengrosse Erweichung des oberen Theiles der inneren Kapsel. Matusch (Sachsenberg).

---

463) **Seymond Sharkey:** An unusual case of athetosis. (Ein ungewöhnlicher Fall von A.) (Brain, April 1885.)

Als ungewöhnlich hebt S. hervor das allmäliche Uebergreifen der unwillkürlichen Bewegungen auf die rechte Seite (die drei Finger der Ulnarseite rechts und des m. sternocl. mast.) nachdem sie 18 Jahre lang nur die linke Seite betroffen hatten, sowie die grosse Zahl der befallenen Muskeln am linken Rumpf, Hand, Arm und Gesicht.
Matusch (Sachsenberg).

---

464) **W. Edmunds:** Case of perforating tuberculosis of skull with cerebral symptoms. (Fall von perforirender Tuberculose des Schädels mit cerebralen Symptomen.) (Brain, April 1885.)

Nach Eröffnung eines Abscesses in der linken Parietalgegend bei einem tuberculösen Knaben wurde ein bewegliches 10 Pfennigstück grosses Knochenstück entfernt und dadurch die Dura freigelegt. Der Abscess bestand seit etwa 1 Jahre. In den letzten Monaten hatte der Kranke Taubheit im rechten Arm gefühlt und zwei Tage vor der Operation einen classischen epileptischen Anfall gehabt, der sich noch zweimal nach derselben wiederholte. Die Schwäche des rechten Armes war bleibend. Die durch eine Silberpatte verschlossene Oeffnung im Schädel führte etwa auf die Mitte der fissur. Roland.
Matusch (Sachsenberg).

---

465) **Th. Deecke:** Primäre und originäre Verrücktheit, eine historische Skizze mit kritischen Bemerkungen.) (Americ. journ. of insanity. April 1885.)

Die Erörterungen des Verfassers gipfeln im Wesentlichen darin, nachzuweisen, dass für Amerika der Gebrauch der Bezeichnungen „primäre" und „originäre Verrücktheit" nicht nothwendig sei. Ein Theil der unter prim. V. subsumirten Krankheitsbilder sei durch ihre

„chronic mania“ ebenso prägnant bezeichnet. Der andere Theil und die „originäre V.“ seien specifisch *deutsche* Krankheiten, eine Folge socialer Uebelstände. Matusch (Sachsenberg).

---

466) **C. Pilgrimm** (New-York): Pyromania (so called). (Sog. Pyromanie.) (Americ. journ. of insanity. April 1885.)

P. erzählt den Fall eines jugendlichen Brandstifters, der nach einem zufällig entstandenen Brande 7 mal an derselben Stelle Feuer anlegte. Während jedes Brandes half er selbst nach Kräften beim Löschen und er sparte sich Geld, um den Schaden zu vermindern. In der Anstalt zeigte er sich „vollkommen gesund“ und ohne nachweisbare Störung des Intellects, während hereditäre Belastung, somnambule Zustände und andere Zeichen eines nervösen Naturells seine abnorme Veranlagung zweifellos nachwiesen.

Matusch (Sachsenberg).

---

467) **Rousseau** (Asyle d'Auxerre): Lypémanie compliquée d'une triple diathèse. (L'Encephale Bd. IV. Heft 6.)

Eine erblich belastete Frau, die von ihrem Manne schlecht behandelt und von demselben syphilitisch inficirt worden war, erkrankte an doppelseitiger Opticusatrophie und Paralyse des rechten Beins. Nach einem plötzlich aufgetretenen ganz kurzen Stadium hochgradiger Erregung stellte sich bei der Frau ein „melancholischer“ Zustand — hallucinatorisches Delir mit vorwiegenden Verfolgungsideen — ein, in dessen Verlauf sich weitere motorische und sensible Störungen (Parese des linken Beins und des rechten Armes) sowie linksseitige Taubheit hinzugesellten. Vier Jahre nach Beginn der Psychose trat der Tod ein. Die Autopsie ergab: syphilitische Veränderungen: ein Gumma der Dura der Basis der linken Kleinhirnhemisphären fest adhärent, durch das das linke Felsenbein necrotisirt und der linke Acusticus zerstört war; in der linken Kleinhirnhemisphäre eine abgegrenzte centrale carcinomähnliche Geschwulst; centrale Ganglien, besonders Thalami verfärbt und erweicht. Ferner fand sich eine Krebsgeschwulst im ligamentum latum des Uterus. Neben diesen syphilitischen und carcinomatösen Diathesen bestand als dritte noch Tuberculose der Lungen. Schoenthal (Berlin).

---

468) **Roger:** Observation de folie du doute. (L'Encéphale 1885 Bd. V. Heft 1.)

Bei einem jungen Mädchen, der Tochter eines Potators, traten ziemlich plötzlich im Verlaufe eines Thypoid ängstliche zwangmässige Vorstellungen auf, dass sie etwas Unrechtes thun, ihre zärtlich geliebte Mutter tödten müsse, einen Diebstahl oder Brandstiftung begehen, einen Mord an irgend Jemand ausführen müsse, sie kann in Folge dessen z. B. keine Messer mehr sehen; insbesondere wenn sie von irgend einem Verbrechen hört oder liest, verspürt sie den Drang, es auszu-

führen, resp. die Furcht, dass sie es am Ende ausführen würde. Daneben bestand, wenn auch weniger ausgesprochen, Fragesucht resp. Zweifelsucht; kein delire du toucher. Gedächtniss und Urtheilsfähigkeit sind im Uebrigen völlig intact. Schönthal (Berlin).

---

469) **Wendt:** Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Schwetz im Etatsjahre vom 1. April 1884 bis 31. März 1885. 15 S.

Bestand am 1. April 1884	150 M.	148 Fr.	298 Zus.
Aufnahme	34 „	33 „	67 „
Im Ganzen verpflegt	184 M.	181 Fr.	365 Zus.
Es gingen ab	9 „	11 „	20 „
Bestand am 31. März 1885	175 M.	170 Fr.	345 Zus.

Von den aufgenommenen Kranken litten an:

Melancholie	2 M.	6 Fr.	8 Zus.
Manie	1 „	3 „	4 „
Secundärer Seelenstörung	15 „	13 „	28 „
Paralytischer Seelenstörung	6 „	2 „	8 „
Seelenstörung mit Epilepsie	5 „	3 „	8 „
Idiotie	5 „	6 „	11 „
	34 M.	33 Fr.	67 Zus.

Von den aufgenommenen Kranken waren 10 Männer und 3 Frauen mit dem Strafgesetzbuch in Conflict gerathen.

Von den Abgegangenen waren:

Genesen	1 M.	2 Fr.	3 Zus.
Gebessert	2 „	1 „	3 „
Ungeheilt	3 „	1 „	4 „
Gestorben	3 „	7 „	10 „
	9 M.	11 Fr.	20 Zus.

Die Sterblichkeit war eine sehr geringe. Sie betrug 2,74% aller Verpflegten und 3,08% vom durchschnittlichen Bestande.

Rabow (Berlin).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 2) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 3) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1 October, 1500 M. und fr. Stat. 4) Marburg, Assistenzarzt, 1200 M. und fr. Stat. I. Cl. 5) Schwetz (Westpreussen), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat. 6) Alt-Scherbitz, Assistenzarzt, 15. November, M. 1500, fr. Station.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Oktober 1885. Nro. 20.

INHALT.

I. Originalien. L. Goldstein: Von der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg vom 18—23. September 1885. (Fortsetzung.)

II. Original-Vereinsberichte. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

III. Referate und Kritiken. Féré: Drei Autopsien als Beitrag zur Lehre von der Localisation der Sehstörungen. v. Gudden: Ueber die Frage der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. Didier: Halbseitige Lähmung. Hirnabscess. Belugou: Ueber die Aetiologie der Tabes dorsualis. Bellangé: Ein Fall von tabischer Atrophie. Günther: Zur Aetiologie der Trigeminus- und Intercostalneuralgien. Legrand du Saulle: Die Traumen des Gehirns. Schwere Störungen der Intelligenz, welche sie zu Wege bringen. Ball: Geistesstörung bei Cholera. Schüle: Ueber die Beschränkung der Heirathsberechtigung bei belasteten und irre gewesenen Personen. Sutherland: Das wahre erste Stadium der allgemeinen Paralyse der Geisteskranken. Rothe: Psychiatria (Handbuch der Geisteskrankheiten). Sioli: Bericht über die Verwaltung der Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau pro 1884.

IV. Aus den Vereinen. I Société médicale des Hôpitaux zu Paris. II. Académie des Sciences zu Paris.

V. Personalien.

I. Originalien.

Von der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg vom 18.—23. September 1885.

Originalbericht von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

(Fortsetzung.)

Section für Psychiatrie und Neurologie.

7) Th. Rumpf (Bonn): *Ueber die Behandlung der Tabes.*

Vortrag. kann heute über 24 Fälle berichten, bei denen er die früher von ihm vorgeschlagene Behandlung mit dem farad. Pinsel und die antiluetische Behandlung angewendet hat. Nur bei einem blieb eine dauernde Besserung der tabischen Erscheinungen aus; bei ihm war schon von Langenbuch die Ischiadicus-Dehnung ohne Erfolg vorgenommen. Ferner war unter jenen Fällen einer, wo nur eine ge-

ringe Besserung eintrat, doch kam er immerhin soweit, dass er wieder durch's Zimmer marschiren konnte. Bei einem dritten Falle schwanden zwar Schmerzen und Ataxie, aber die Sehnerven-Atrophie schritt so weit vor, dass er jetzt ganz amaurotisch ist. 5 Fälle waren nur kurze Zeit in Behandlung, darunter eine tabische Frau, die noch manifeste syphilitische Erscheinungen hatte. Es blieben nun noch 16 Fälle übrig und unter diesen 4, die er als geheilt bezeichnen möchte. Es sind bei einzelnen schon Jahre verflossen. Ferner 3 von relativer Heilung. Die Ataxie ist ganz zurückgegangen, die Myose und reflectorische Pupillenstarre geschwunden, aber die Schmerzempfindung ist herabgesetzt geblieben. Ferner 5 Fälle, bei denen das schwere Symptomenbild schwand, dann noch einige, die zur Zeit sich noch in Behandlung befinden, sich aber wesentlich gebessert haben.

Vortragender glaubt, diese Resultate seien beachtenswerth. Leyden's Behauptung, dass die Behandlung identisch sei mit dem faradischen Schwamm, sei nicht richtig. So z. B. schwand unter dem Einflusse der Schwammelektroden die anfängliche Steigerung der Sensibilität, während bei Behandlung mit dem Pinsel die Steigerung noch nach 6—7 Tagen in den Beinen vorhanden war.

In der Discussion bestätigt Jolly das Eintreten von Besserung bei einzelnen Patienten nach dieser Behandlungsweise, bei anderen träte jedoch gar keine Veränderung ein. Namentlich die Schmerzparoxysmen in den Beinen wären nicht geschwunden.

Jehn (Merzig) empfiehlt die gleichzeitige Behandlung mit dem constanten Strom.

v. Gudden macht Bedenken geltend, dass ein degenerirter Nerv wieder zu normaler Thätigkeit zurückgeführt werden könne.

Rumpf erklärt, wie er sich etwa die Art und Weise der Besserung theoretisch vorstellt. —

8) Freusberg (Saargemünd): *Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen.*

Wenn wir von motor. Symptomen sprechen, so sind ausgeschlossen alle diejenigen Erscheinungen, die nur als unwesentliche Complicationen bestehen. Im Allgemeinen zergliedern sich die motor. Erscheinungen folgendermassen:

1) Veränderte Erregbarkeit der motor. Apparate, gesteigerte oder verminderte Reaction der Pupille.

2) Veränderter Tonus der Muskulatur.

3) Paroxysmelle Entladungen, Krämpfe, ungeordnete Impulse — Gegenstand der heutigen Besprechung.

4) Motor. Entladungen wie Lachparoxysmen und Aehnliches.

5) Die mit dem Vorstellungsinhalt concurirenden motor. Aeusserungen.

6) Automatische Bewegungen chronisch Geisteskranker, hierbei handelt es sich um Gewohnheiten, um Residuen von Wahnideen.

Bei dieser Gruppirung handelt es sich natürlich nur um in einander übergehende Abstufungen. Gruppe 1 und 2 sind unwillkürliche und unbewusste Begleiterscheinungen, die 5. und 6. sind mehr dem Willen anheimgestellt. Zwischen ihnen stehen die paroxysmellen Entladungen; 2 Fälle werden ausführlich mitgetheilt.

Solche paroxysmellen Anfälle, etweder von Starre oder von zwangsweisen Bewegungen, welche unter Umständen mit erhaltenem Bewusstsein vor sich gehen, finden sich namentlich im acuten Beginn einfacher Psychosen. Sie setzen sich zusammen aus psychomotorischen Reiz- und Hemmungserscheinungen. Zum näheren Verständniss derselben zieht Vortr. die grundlegenden Versuche von Goltz heran. Ob ein Reiz eine Erregung oder eine Hemmung auf reflectorischem Wege zu Stande bringt, hängt ab von der absoluten Stärke eines Reizes oder vom Vorhandensein oder Fehlen gleicher Erregungen. Die Erscheinungen von Erregung und Hemmung im Gehirn sind complicirter Natur und, wo das Bewusstsein mit in Frage kommt, der Diskussion entzogen. Das Eintreten von Hemmungs- und Reizerscheinungen, von Starreanfällen oder motor. Bewegungen entspricht nicht einem verschiedenen Wesen, sondern einem verschiedenen Grade der Centren auf motor. Gebiete. Wir wissen nicht, warum einmal Hemmung, einmal Erregung eintritt. Was die Verwandtschaft dieser paroxysmellen Anfälle mit alcoholischen Krampfzuständen betrifft, so übergeht Vortrag. die näheren diesbezüglichen Auseinandersetzungen. Er bemerkt nur, dass die hier besprochenen Erscheinungen nichts zu thun haben mit den Convulsionen bei Del. tremens; wohl kommen Erscheinungen von Starre und convulsible Zustände vor bei alcoholischer Verrücktheit, aber es kommen die gleichen motorischen Erscheinungen auch vor bei Fällen, wo es sich absolut nicht um Alcoholismus handelt. Vortr. .theilt einen solchen in extenso mit. Nachdem das Verhältniss derartiger Anfälle zur Hysterie besprochen ist, geht Vortr. zu der Beziehung über, in welcher sie zur Epilepsie stehen. Er ergeht sich weitläufig über das Wesen des epileptischen Irreseins. Schon die typischen Fälle epileptischer Psychosen bilden unter sich manche Verschiedenheiten; die Frage ist hier, ob man es mit Complication zweier Psychosen zu thun hat oder allein mit Epilepsie, eine Frage, die schwer lösbar erscheint. Die Anzahl von Beispielen, die Vortr. gibt, gehört in das von Samt beschriebene Gebiet der primären exaltirten Verrücktheit, in deren Beginn sich Zustände von Starre oder convulsibeln Erscheinungen zeigen. Schliesslich recapitulirt Vortr. dahin, dass im acuten Beginne einfacher Psychosen motor. Erscheinungen vorkommen, welche nicht erlauben, diese Psychosen zu den epileptischen zu rechnen; sie bestehen entweder in kurz dauernder Starre oder in allerlei Zwangsbewegungen mit erhaltenem Bewusstsein oder in Convulsionen meistens mit erhaltenem Bewusstsein. Vortr. erhielt den Eindruck, dass bei all' diesen Psychosen besonders characterisirte psychische Symptome vorhanden sind, dass ferner, wo motor. Leistungen geschehen, nicht vom Bewusstsein ausgehend, wohl aber von ihm gekannt, hier eine Andeutung ist an jene Bewusstseinsstörung, die im höchsten Grade bei

der Epilepsie sich findet. Eine gewisse traumhafte Bewusstseinsveränderung scheint immer in bestimmter Beziehung zu stehen zu diesen Erscheinungen convulsibler Art.

Discussion. Binswanger macht in Betreff der errgenden und hemmenden Centren auf Heidenhain's Versuche aufmerksam. In einem Falle von railway spine handelte es sich nach seiner Ansicht um Veränderungen in der Grosshirnrinde selbst. Der Fall, in welchem convulsible Zustände vorhanden waren, wurde durch Trepanation geheilt, nachdem die von der Narbe ausgehende erregenden und hemmenden Vorgänge beseitigt waren.

Freusberg sucht auch nicht die Erregbarkeitssteigerung allein durch Reize von der Peripherie aus zu erklären, er bezweifelt vielmehr nicht, dass auch direkt vom Centralorgane solche Reize ausgehen können.

Aus der physiologischen Section.

A. Herzen (Lausanne): *Ueber die Spaltung des Temperatursinnes in zwei gesonderte Sinne.*

Vortr. vermuthete schon früher, dass der sog. „Temperatursinn" in Wirklichkeit aus einem Kältesinn und Wärmesinn bestehe, und zwar dass der erstere an den Tastsinn, der zweite an die Fähigkeit Schmerz zu empfinden irgendwie gebunden sei. Vortr. bemühte sich, an Thieren dieses nachzuweisen. Aber bei denselben sind nur Versuche über Kälteeindrücke möglich, da sie nur auf unangenehme Eindrücke reagiren; ist der Gegenstand der Berührung heiss, dann haben wir es mit Reaktion gegen Schmerz und nicht mit einer specifischen Empfindung der Wärme zu thun.

An Katzen und Hunden fand er nun, dass einseitige Rückenmarks- und Gehirnverletzungen, welche die Tastempfindung nicht beeinträchtigen, auch die Kälteempfindung bestehen lassen; diejenigen Verletzungen aber, welche tactile Unempfindlichkeit zur Folge haben, zerstören zugleich die Fähigkeit Kälte zu empfinden. Vortr. behauptet auf Grund seiner näher auseinandergesetzten Versuche: 1) Dieselbe Region der Hirnrinde (gyrus sigmoideus) enthält das Centrum (oder die zu denselben führenden Leiter) für Tast- und Kälteempfindungen. 2) Beiderlei Empfindungen werden im Rückenmark durch die Hinterstränge geleitet. 3) Beide werden durch Druck auf die peripheren Nervenstämme aufgehoben. 4) Die Beobachtungen am gesunden und kranken Menschen zeigen, dass bei pathologisch oder experimentell aufgehobener Empfindlichkeit für Kälte die Empfindlichkeit für Wärme meistens erhalten ist; sie wird demnach von anderen Nerven, durch andere Bahnen, zu anderen Hirncentren vermittelt. 5) Also besteht der „Temperatursinn" aus zwei Sinnen: einem *Kältesinn* und einem *Wärmesinn*, die von einander getrennt sind — sowohl physiologisch wie anatomisch. — Nachdem nun Tast- und Kältesinn einerseits und Schmerz- und Wärmesinn andererseits an einander gebunden zu sein scheinen, darf man sie nicht indentificiren oder etwa die Temperaturempfindung als Modalität der Tast- oder Schmerzempfindung betrachten.

Dagegen sprechen vor allem die Blix'schen Punkte auf der Haut, die gesondert nur Wärme, nur Kälte, nur Berührung empfinden. Dagegen spricht auch die vom Vortr. gemachte Beobachtung, dass die der feineren tactilen Unterscheidung entbehrende Glaus penis der Menschen für Kälte vollständig unempfindlich ist. Am Präputium hingegen, wo man die Kälte sehr intensiv empfindet, ist das Tastvermögen ausserordentlich fein. Die peripheren Empfindungsorgane sind nicht dieselben, folglich auch nicht die centripetalen Leiter: es handelt sich also um *specifische* Nerven, deren gemeinsamer Verlauf und gemeinsame Endigung nur scheinbar dieselben sind.

Sigm. Exner (Wien) berichtet *über eine unter seiner Leitung im physiologischen Institute zu Wien von Herrn* Dr. Vareth *ausgeführte Untersuchung über Lage, Ausdehnung und Bedeutung der motorischen Rindenfelder an der Hirnoberfläche des Hundes.*

Nachdem das Feld, von dem aus Contraktionen eines bestimmten Muskels zu erzielen waren, an Hunden zunächst eruirt war, wurde dasselbe partieenweise zuerst umschnitten, dann unterschnitten. Sollte die Existenz von Fasern, welche von der betreffenden Partie direct in die Tiefe ziehen, bewiesen sein, so musste die electrische Reizung nach Umschneidung, d, i. nach Abtrennung der gereizten Partie von der benachbarten Hirnrinde ungefähr denselben Effect haben, wie zuvor. Die Unterschneidung aber, d. i. die Durchtrennung der Verbindungen der gereizten Stelle nach der Tiefe musste den Effect der Reizung aufheben; hierdurch war ausgeschlossen, dass derselbe auf Stromschleifen nach der Tiefe beruht habe. Diejenigen Partien, die nach Umschneiden noch Contraction ergaben, nach Unterschneiden nicht mehr, wurden zu dem betreffenden Muskel gehörig angenommen. Die derartig gefundenen motor. Felder der einzelnen Muskeln sind nicht von einander getrennt und nicht punktförmig. Der hintere und äussere Theil des gyrus sigmoideus bildet das gemeinsame Gebiet der Extremitätenmuskeln. Die Rindenfelder scheinen etwas gegeneinander verschoben zu sein. Die dem gyrus sigmoideus nach aussen anliegende Windung bildet das Gebiet des musc. orbicul. palpebrar; Facialis- und Extremitätengebiet sind vollständig getrennt. Das so eruirte Gebiet entspricht dem „absoluten Rindenfeld" des Menschen. Jedoch können Zerstörungen auch anderer Rindengebiete („relative Rindenfelder") die Funktionen der betreffenden Muskeln alteriren.

Discussion: Goltz erkennt die Thatsachen, welche die electrische Reizung lieferten an, glaubt jedoch, dass die Deutung noch grosse Schwierigkeiten habe und dass ihre Ergebnisse nicht mit den Exstirpationsversuchen in Einklang zu bringen seien. Die gleichzeitige Reizung der weissen Substanz scheine ihm nicht ausgeschlossen.

Heidenhain bemerkt, dass man zur Controlle des Verdachtes auf Stromschleifen bei der Reizung der Hirnoberfläche die funktionelle Ausschaltung der grauen Rinde durch Narcotica vornehmen könne. Bei dem richtigen Grade der Narcose seien sehr starke Ströme unwirksam, die weisse Substanz nach Wegnahme der grauen gegen verhältnissmässig schwache Ströme reaktionsfähig.

Im Anschluss an obigen Vortrag bringen wir die Bemerkungen, welche Goltz am 21. morgens seinen Demonstrationen der am Grosshirn operirten Hunde vorausschickte. Die zahlreiche Zuhörerschaft, welche im physiologischen Auditorium versammelt war, war zum grössten Theil aus der Combination der physiolog. mit der neurolog. Section zusammengesetzt.

Nachdem Goltz die von den schon mehrfach beschriebenen Veränderungen nach Fortnahme des Vorder- und Hinterhirns erwähnt, wobei keine Erblindung, keine Lähmung, keine Gefühlsstörung eintritt, wohl aber nach Fortnahme eines Hinterhauptlappens ein gewisser Grad von Stumpfsinn und nach derjenigen eines Stirnlappens ein gewisser Grad von Aufregung, Unruhe, widersinnigem Hin- und Herlaufen, berichtet er darüber, was es mit der so oft behaupteten Restitution der Function, bedingt durch Uebernahme von den tieferen Parthien, namentlich von den basalen Ganglien, auf sich habe. Man hat behauptet, dass jeder Durchschneidung der caps. intern. eine absolute gegenseitige Lähmung folge. Vortrag. hofft demonstriren zu können, dass auch dies auf ungenauer Beobachtung beruht. Er ist in den Seitenventrikel eingegangen, ist bei der Durchschneidung der Basis sehr nahe gekommen; es wird durch die Narbencontraction eine beträchtliche Zusammenschiebung statt gefunden haben, dass aber die caps. intern. und noch mehr zerstört ist, wird sicher sein. Das so operirte Thier zeigt nun keine Lähmung, die einzig auffällige Erscheinung ist die Neigung zu Drehbewegungen nach der verletzten Seite. Man darf derartige Bewegungen aber keineswegs Zwangsbewegungen nennen. Der Hund kann diese Bewegungen jeden Augenblick unterbrechen und er ist im Stande trotz dieser Manègebewegungen ein bestimmtes Ziel zu erreichen.— Die schwerste Form der Verletzung hat ein Thier, bei welchem auf beiden Seiten die sog. motor. Zone in grosser Ausdehnung zerstört ist. Es ist weder gelähmt, noch hat es die Empfindung irgendwo eingebüsst. Allerdings bewegt es sich nicht normal, die Bewegungen sind ungeordnet, es schwankt hin und her, es ist aber ausser Stande, wie ein normales Thier, Nahrung zu sich zu nehmen. Es hat Appetit, aber selbst wenn man ihm die Nahrung direkt vorhält, vermag es nicht, dieselbe zu fassen, es muss künstlich gefüttert werden. —

Darauf folgte unter lebhafter Theilnahme der Anwesenden die Demonstration der operirten Hunde, welche in einem im Hofe des Instituts erbauten, von einem eisernen Gitter umgebenen Stalle vorgeführt wurden. Es war natürlich nicht thunlich, in unmittelbare Nähe der Thiere zu gelangen, welche Goltz den hinter dem Gitter Stehenden zeigte und deren Abweichungen von der Norm er durch verschiedene Experimente erläuterte. Eine motorische Lähmung im gebräuchlichen Sinne des Wortes zeigten sie entschieden nicht. Sehr interessant war der Hund mit Verletzung eines Stirnlappens, der in beständiger Unruhe und grosser Aufregung hin- und herlief und lebhaft an die Beschreibung der Thiere erinnerte, denen Nothnagel den sog. nod. cursorius (mittlerer Theil des corp. striat.) verletzte.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligten sich v. Gudden, der im allgemeinen den Goltz'schen Folgerungen beistimmte und sich auf Grund seiner Versuche am tractus opt. gegen die Localisation aussprach, doch aber betonte, dass man gut thue, jedesmal vorher zu bestimmen, was man abtragen wolle und Haidenhain, der eine Aufstellung v. Gudden's bemängelte.

Aus der Section für Anatomie und Anthropologie.

Rabl (Prag): berichtet über *Faltenbildung in dem verlängerten Marke der Embryonen.* An Frontalschnitten 9 Tage alter Kaninchen-Embryonen finden sich 5 Falten, bezw. Einstülpungen der Gehirnerweiterungen des Medullarrohres gegen dessen Höhlung, von welchen eine vordere dem Trigeminuskerne, eine weiter hinten gelegene der Facialis-Accusticus-Anlage entspricht. Am 10. Tage sieht man 7 solcher Falten. Querschnittsserien zeigen, dass schon am Anfange des 10. Tage die Centren der genannten Nerven sich durch hellere Kerne differenziren (Methode Chlorgoldbehandlung mit Reduction im Wärmekasten). Alle Wirbelthiere zeigen dieselben Falten, selbst auch Amphibien. R. erinnert daran, dass auch beim Amphioxus die Segmentation in Gestalt von Faltenbildungen auftritt, dass mithin derselben eine phylogenetische Bedeutung zukommt.

M. Flesch (Bern) bespricht (nach Untersuchungen von Fräulein Koneff in seinem Laboratorium) *das Vorkommen zweier durch mikrochemische Untersuchungen unterschiedener Zellformen in den peripheren Ganglien.* Schon an Zupfpräparaten, namentlich aber auch an mit dem Gefriermicrotom hergestellten Schnitten frischer Objecte lassen sich Differenzen in der Beschaffenheit der Zellen sowohl in den Spinalganglien, als namentlich in dem Ganglion Gasseri der Säugethiere erkennen; die einen Zellen sind heller, haben einen runden, deutlich reticulirten Kern; die andern sind dunkler, ihr Kern ist oval oder zackig. Bei Behandlung mit Hämatoxylin nach dem Weigert'schen Tinctionsverfahren (in einer von Flesch vorgeschlagenen Methode angewandt) finden sich die hellen Kerne nur wenig, während die dunkeln braun tingirt werden; intensiver als die Zellen selbst finden wir die Pigmentablagerungen in denselben. Im Ganglion Gasseri ist dabei das Mengenverhältniss beider Zellformen ein anderes als in den Spinalganglien; es sind die hellen Zellen in ersterem weniger zahlreich. Man kann daraus schliessen, dass beide Zellformen schon im Leben verschiedenartig reagiren, dass also nicht erst nach dem Tode durch Vorgänge beim Absterben sich eine ungleiche Reaction der frischen oder später abgestorbenen Zellen einstellt.

In der Discussion erwähnt Schwalbe (Strassburg), dass er, und zwar im Ganglion spirale cochleae, die beiden Zellformen beobachtet habe. Pfitzner (Strassburg) betont unter Zustimmung des Vortragenden, dass man postmortale und Altersveränderungen nicht verwechseln dürfe. Flesch erklärt, dass ihm am meisten plausibel erscheine, jene Unterschiede auf verschiedene Funktionsstadien zurückzuführen. Eine weitere Debatte zwischen His (Leipzig) und dem Vortr., welche wegen

Zeitmangels abgebrochen werden musste, betraf theoretische Betrachtungen über die Bedeutung der verschiedenen Tinktionen. Voraus ging ein Vortrag Flesch's über die Structur der Hypophysis cerebri auf Grund von Untersuchungen des stud. Lothringer; der namentliche Inhalt desselben ist von Flesch im Vorjahre in Magdeburg, zum Theil in einer Notiz in den Mittheilungen der bernischen naturforschenden Gesellschaft enthalten.

(Schluss des Berichts in nächster Nummer.)

II. Original-Vereinsberichte.

Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 8. September 1885.

470) **Reinhard** demonstrirt das Gehirn eines am 6. Septbr. a. c. verstorbenen 70jährigen Altersblödsinnigen, welcher deutlich ausgesprochene central bedingte Sehstörungen gezeigt hatte. Zunächst fand sich bei ihm eine totale homonyme linksseitige Hemianopsie, die im Dezember 1884 der damalige Assistenzarzt an der Augenklinik des allgemeinen Krankenhauses, Herr Dr. Achilles, bestätigen konnte. Eine genaue Aufnahme des Sehfelddefektes mittelst des Perimeters war — wie meistentheils bei den Kranken obiger Kategorie — leider nicht möglich, übrigens liess sich auch schon aus anderweitigen unzweideutigen Versuchen mit ziemlicher Bestimmtheit der Schluss ziehen, dass die Gesichtsfeldbeschränkung, wie gesagt, beiderseits bis an den Fixirpunkt reichte und alle Qualitäten des Sehens betraf. Vortragender knüpft an die Schilderung dieser Versuche noch die Bemerkung, dass dieselben in allen solchen Fällen mindestens ebenso viele Beweiskraft beanspruchen dürfen wie die gleichlautenden Versuche an Thieren, welche von Munk und Anderen angestellt und verwerthet worden sind. Der Augenspiegelbefund war im vorliegenden Falle stets negativ.

Sodann fand sich Aufhebung der Tast- und Bewegungsvorstellungen über die linksseitigen Extremitäten, sowie Verlust der Lage- und Berührungsvorstellungen betreffs des linken Beines. Der linke Bulbus erwies sich weniger empfindlich für Berührung als der rechte, auch vermochte Patient offenbar nur unvollkommen die Seitwärtsbewegung nach links auszuführen. Im Uebrigen machten sich damals keine Störungen in der Motilität bemerklich. Ende März 1885 erlitt Patient in Folge eines apoplectiformen Anfalls vorübergehend Verlust der Sprache und des Gehvermögens, sodann aber eine bedeutende dauernde Einbusse in der Sehfähigkeit auf den bislang intakt gewesenen rechtsseitigen Gesichtsfeldhälften. Dieselbe verrieth sich zunächst in Mangelhaftigkeit oder gänzlichem Verlust des Verständnisses für sehr viele optische Eindrücke, so dass Patient z. B. seine Umgebung nicht mehr erkannte, beim Auftischen der Speisen nicht mehr zulangte, u. s. w. Später machte sich allmälich auch ein Defekt in den rechtsseitigen

Gesichtsfeldhälften bemerklich und zwar nach unten zu. Anfangs Mai 1885 sah der Spezialarzt für Augenkrankheiten, Herr Dr. Wilbrand von hier, den Kranken gleichfalls und konnte neben Intaktheit des Augenhintergrundes und dem Bestehen der totalen und absoluten homonymen linksseitigen Hemianopsie bereits einen bedeutenden Defekt in den rechtsseitigen Gesichtsfeldhälften nach unten constatiren. Letzterer nahm allmälich immer mehr zu, so dass der Kranke schliesslich wahrscheinlich nur noch in einem kleineren oberen Sektor der rechtsseitigen Gesichtsfeldhälften Lichtempfindung hatte; doch wurde es diesmal sehr schwer, die Grenzen des Defektes auch nur annähernd genau zu bestimmen, da die Abnahme des Verständnisses für das in dem normalen Rest des Gesichtsfeldes Geschene sich inzwischen sehr gesteigert, und Patient ausserdem allmälich das Verständniss für das gesprochene Wort fast gänzlich verloren hatte. Bezüglich dieses letzteren Symptoms sei noch bemerkt, dass das Gehör an sich intakt geblieben war, und dass der Kranke ferner in seinem Gesammtverhalten noch keine so niedrige Stufe des geistigen Lebens verrieth, dass man obigen Mangel lediglich mit der Zunahme der Demenz erklären konnte. In den letzten Wochen konnte nur noch die aufmerksamste und wiederholte Untersuchung den Nachweis führen, dass Patient von rechts her noch eine Spur von Lichtwahrnehmung hatte (leises Blinzeln bei Annäherung einer Kerzenflamme von rechts her, wenn zufällig der kleine noch lichtempfindliche Theil im Gesichtsfeld vom Licht getroffen wurde); jedem Laien imponirte der Kranke vielmehr als total blind. Eigenthümlich war die nach rechts und oben gerichtete Haltung des Kopfes und der Bulbi, welche Patient auch jetzt noch beibehielt.

Bei der Sektion der nervösen Centralorgane fand sich am Rückenmark und seinen Häuten nichts Abnormes. Die Hirngefässe waren stark atheromatös, die weichen Hirnhäute kaum getrübt oder verdickt. Am Hirn selbst zeigte sich *rechts:* gelbe Erweichung der basalen Fläche der 3. Occipitalwindung, ferner der Spindelwindung (mit geringer Betheiligung der angrenzenden Partien der 2. Schläfenwindung), der Konvexität der 2. Occipitalwindung, der hinteren Hälfte der Interparietalfurche, der Pli de pagage, des oberen Scheitelläppchens, der oberen Hälfte (gyrus angularis) des unteren Scheitelläppchens und endlich der oberen zwei Fünftel der hinteren Centralwindung, ausserdem eine geringe sclerotische Atrophie (ohne Verfärbung) der äussersten Spitze des Occipitallappens und eine geringe weiche Atrophie (ebenfalls ohne Verfärbung) im Sulcus auf der Convexität zwischen 2. und 3. Occipitalwindung; *links:* ein tiefgehender Defekt mit steilen, atrophen und etwas erweichten Rändern ohne wesentliche Verfärbung, der fast die ganze 2. Occipitalwindung der Convexität umfasst, ferner eine mässige einfache Erweichung der angrenzenden Zone der benachbarten Occipitalwindungen und der 1. und 2. Temporalwindung. Die Sehnerven, die Stammganglien und die im Hirnstamm liegenden Opticuscentren waren unverändert.

Der Zusammenhang zwischen den klinischen Erscheinungen und den verschiedenen Herden im Gehirn war nun offenbar folgender: die gelbe

Erweichungim Bereiche des rechten Occipitallappens bedingte die linksseitige totale homonyme Hemianopsie und scheint mit einem sehr geringen Insult einhergegangen zu sein. Etwas complicirter sind die Verhältnisse der Sehstörungen im Bereiche der rechtsseitigen Gesichtshälften. Der dieser letzteren zu Grunde liegende Defekt im linken Occipitallappen ist zwar unter den Erscheinungen eines heftigen Insultes entstanden, scheint aber erst allmälich den gefundenen Umfang erreicht zu haben. Als er noch kleiner war, bewirkte er nur Symptome von Seelenblindheit (im Sinne von Munk), mit seiner Zunahme aber auch Rindenblindheit und zwar in Form von partieller rechtsseitiger Hemianopsie. Es scheint demnach, als wenn die Zerstörung der 2. Occipitalwindung (auf der Convexität), der von Munk beim Hunde und Affen sogenannte Stelle des deutlichsten „centralen" Sehens, beim Menschen nicht, wie bei diesen Thieren, lediglich einen Ausfall der durch das Gesicht erworbenen Erinnerungsbilder, sondern auch der centralen Gesichtswahrnehmung zu Folge hat; andernfalls müsste man die unbedeutende secundäre Erweichung der angrenzenden Occipitalzone hierfür verantwortlich machen. — Die Störungen in der Sensibilität der linken Seite lassen sich nach den Ergebnissen der entsprechenden Munk'schen Thierexperimente ganz ungezwungen auf die Läsion der Parietalläppchen und der hinteren Centralwindung der rechten Hemisphäre zurückführen, und zwar entspricht die stärkere Affection im Bein der ausgedehnten Läsion fast des ganzen zugehörigen Rindenterritoriums, während die Fühlsphäre für die obere Extremität nur in einem Theil der hinteren Centralwindung zerstört war. — Die Herabsetzung der Beweglichkeit der Bulbi nach links sowie die Abstumpfung der Sensibilität des linken Bulbus finden ihre Erklärung wohl in der Erweichung des rechten Gyrus angularis. — Die Erscheinungen der Worttaubheit lassen sich vielleicht auf die geringe Erweichung in einigen Partien der Temporallappen, besonders des linken, zurückführen. (Autorreferat.)

(Der Fall wird seiner Zeit in extenso veröffentlicht werden.)

III. Referate und Kritiken.

471) **Féré** (Paris): Trois autopsies pour servir à la localisation cérébrale des troubles de la vision. (Drei Autopsien als Beitrag zur Lehre von der Localisation der Sehstörungen.) (Archives de Neurologie. Vol. IX. 1885. Nro. 26.)

Fall I. 61 jähriger Kranker, erlitt vor 8 Jahren einen apoplectischen Insult mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie, letztere nach 3 Wochen verschwindend, erstere stationär bleibend. Status präsens bei der Aufnahme: leichte rechtsseitige Facialisparese, Zunge weicht etwas nach rechts ab; vollständige Lähmung der rechten oberen Extremität mit starken Contracturen, weniger ausgesprochene Lähmung mit Contractur in der rechten unteren Extremität. Rechterseits Seh-

nenphänomene gesteigert und deutlicher Fussclonus. Totale rechtsseitige Anästhesie und Analgesie für alle Empfindungsqualitäten. Gehör, Geruch, Geschmack rechterseits bedeutend herabgesetzt. Deutliche Gesichtsfeldeinengung, besonders rechts; keine Achromatopsie, Augenhintergrund normal; Sehschärfe beiderseits = 0,6. Autopsie: Atrophie des linken Pedunculus in den mittleren Bündeln, Atrophie der linken Ponshälfte und der linken Pyramide. Auswärts vom Linsenkern ein alter Herd, der nach hinten das Carrefour sensitiv durchschneidet, und bis unter die III. Stirnwindung reicht, was die temporäre Aphasie erklärt. Die zwei hinteren Drittel der inneren Kapsel und der angrenzende Theil des Linsenkerns gelbbraun verfärbt.

Fall II. 45 jährige Frau, vor 6 Jahren rechtsseitige Hemiplegie mit transitorischer Aphasie, Contracturen auf der rechten Seite, (auch im Gesicht) obere Extremität in Flexionsstellung, untere Extremität in Extensionsstellung mit pes equino-varus. Zunge wird gerade, ohne Abweichung hervorgestreckt, ist nach allen Richtungen frei beweglich. Keine sensiblen oder sensoriellen Störungen mit Ausnahme des Gesichtssinnes; es besteht nämlich hemianoptische Gesichtsfeldeinengung; aphasische Störungen: partielle motorische und sensor. Aphasie: unvollständiger Verlust des Gedächtnisses für Schriftzeichen, vollständiger Verlust derselben für Musikzeichen (Pat. war Klavierlehrerin). Autopsie: Abplattung und graue Verfärbung der inneren $^3/_4$ des linken Hirnschenkels, ferner der linken Ponshälfte und der linken Pyramide. An der Oberfläche der linken Hemisphäre grosse Erweichung, den oberen Theil der Insel, das mittlere und hintere Drittel des gyr. front. III, und das unterste Viertel des gyr. praecentr. in sich begreifend. Die Erweichung setzt sich mit einem schmalen Streifen unter dem Operculum hin bis zum hinteren Ende der Fossa Sylvii fort; ein weiterer Erweichungsherd im vord. Theil des gyr. parietal. sup. Embolie der betr. Aeste der Arteria Fossa Sylvii. Nach aussen vom Linsenkern sind alle Partien erweicht. Die ganze Capsula interna mit Ausnahme des Carrefour sensitif grau verfärbt.

Fall III. 52 jährige Kranke, erlitt vor einem Jahre eine rechtsseitige Hemiplepie, welche wieder vorüberging. Bei der Aufnahme bestanden gar keine motorischen Störungen, dagegen rechtsseitige Sensibilitätsstörungen (Empfindung für Warm und Kalt war herabgesetzt); dabei scharf begrenzte rechtsseitige Hemianopsie. Augenhintergrund normal. Autopsie: Fehlen der grauen Commissur im III. Ventrikel; an der linken Hemisphäre findet sich auf der medianen Oberfläche eine Erweichung des Cuneus und des gyr. temporo-occipitalis II (gyr. lingualis). Schoenthal (Berlin).

---

472) **v. Gudden** (München): Ueber die Frage der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. (Vortrag in der Jahresvers. der deutschen Irrenärzte am 17. Septbr. 1885 zu Baden-Baden.)

In dem höchst interessanten Vortrage stellt sich v. G. auf die Seite Goltz's. Er erklärt sich gegen die „landkartenartige“ Ab-

grenzung der Rinde und plaidirt für eine functionelle Trennung der verschiedenen Rindenschichten, die gesondert erkranken könnten. In Bezug auf die Munk'sche Sehsphäre erklärt er auf eigene Untersuchung gestützt, dass er die Richtigkeit jener nicht anerkennen könne. Er habe an jungen Kaninchen den ganzen Occipitaltheil des Gehirnes beiderseits exstirpirt, sich dann aber bestimmt darüber versichert, dass die Thiere auch ohne die gen. Hirntheile noch ausgezeichnet zu sehen im Stande wären. E.

---

473) **Didier** (Paris): Hemiplegie gauche. Abcès du cerveau. (Halbseitige Lähmung. Hirnabscess.) (Le Progrès méd. Nro. 39. 1885.)

Der 39 jährige Kutscher D. wurde am 29. Decbr. 1884 ins Krankenhaus gebracht. Früher stets gesund, will er zuerst vor 3 Wochen beim Aufstehen eine gewisse Schwäche im linken Bein wahrgenommen haben. 8 Tage später wurde auch der linke Arm schwächer, so dass Pat. nicht mehr arbeiten konnte. Im Verlaufe der nächsten Woche hatte die lähmungsartige Schwäche bereits eine derartige Intensität erreicht, dass die Ueberführung ins Krankenhaus nothwendig wurde. Während des Transportes wurde Pat. zum ersten Male von convulsivischen Erschütterungen in den gelähmten Gliedern befallen. Bei seiner Aufnahme wurde vollständige Hemiplegie der linken Seite constatirt. Im Gesichte unvollständige Paralyse, nur der untere Ast des Facialis ergriffen. Die Extremitäten schlaff, weder Contracturen, noch Störungen der Sensibilität. Sprache und Sensorium intact. Pat. klagt hauptsächlich über heftigen Kopfschmerz rechterseits. Kein Erbrechen, keine Constipation; Leib nicht eingezogen. Lungen und Herz gesund. Am Vormittage des 5. Januar wird Pat. von allgemeinen Convulsionen befallen, worauf sich ein comatöser Zustand mit Temperatursteigerung (40°/₀) und Schweisseinstellte. Noch an demselben Tage trat exitus letalis ein.

Autopsie. Bei Eröffnung des Schädels macht sich eine mässige Abplattung der Windungen bemerkbar. Der linke Seitenventrikel enthält geringe trübe Flüssigkeit, der rechte ist mit eitriger Flüssigkeit erfüllt. Dieselbe fliesst reichlich ab, sobald man auf die Oberfläche der Hemisphäre drückt. Keine Veränderung der linken Hemisphäre. Ein Transversalschnitt durch die rechte Hemisphäre unmittelbar hinter der Rolando'schen Furche zeigt einen haselnussgrossen Abscess, der die hintere Partie des Lobulus paracentralis einnimmt. Drei andere Abscesse von ungefähr derselben Grösse sitzen mehr nach hinten in der weissen Substanz des Parietallappens. Diese letzteren drei communiciren mit einander und mit dem mittleren Ventrikel. Die graue Substanz dieser ganzen Hemisphäre ist abgeplattet und nur ½ Millim. dick. Dagegen macht sich eine Volumszunahme der weissen Substanz bemerkbar. — In den übrigen Organen werden keine pathologischen Veränderungen gefunden. Rabow (Berlin).

474) **Belugou** (Lamalon): Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive. (Ueber die Aetiologie der Tabes dorsualis.) (Le Progrès méd. Nro. 35 u. 36. 1885.)

Verf. hebt zunächst hervor, dass die Syphilis durchaus nicht, wie Fournier u. A. annehmen, als ausschliessliche Ursache der Tabes dors. zu betrachten sei, dass ihr jedoch als ätiologisches Moment ein gewisser Platz eingeräumt werden müsse. In seinen 32 genau beobachteten, den verschiedensten Klassen der Gesellschaft angehörenden Fällen waren der Ataxie nur 10 Mal syphilitische Erscheinungen vorangegangen. Nach seinen Erfahrungen glaubt er annehmen zu dürfen, dass die Syphilis selten Tabes verursache, den Kranken jedoch oft in Verhältnisse bringe, die der Entwickelung dieser Affection Vorschub leisten.

Bezüglich der *erblichen nervösen Prädisposition* — er beobachtete dieselbe unter 32 Fällen 13 Male — kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) die nervöse Heredität spielt eine bedeutende Rolle in der Aetiologie der Ataxie locomotrice. 2) Sie ist in dieser Beziehung ebenso wichtig wie die Syphilis. 3) Besonders deutlich tritt der Einfluss der nervösen Heredität hervor, wenn die Ascendenten an einer Rückenmarksaffection erkrankt waren.

Eine ebenso grosse Wichtigkeit ist in ätiologischer Hinsicht dem *Rheumatismus* beizumessen. In 17 Fällen von 32 wurden rheumatische Antecedentien festgestellt. Dieses Factum hebt B. mit besonderem Nachdrucke hervor. Wie oft aber die rheumatischen Schmerzen nichts weiter als Theilerscheinungen resp. Vorläufer der Tabes gewesen, ist aus der Arbeit nicht deutlich zu ersehen.

Als besondere Ursache für die Entstehung der Tabes werden ferner die *sexuelle Excesse* verantwortlich gemacht. Dieselben sind in den 32 Beobachtungen nicht weniger als 21 Male mit Sicherheit vorhanden gewesen. Der verderbliche Einfluss der Onanie sowie des Coitus in aufrechter Stellung kommen hierbei gleichfalls zur Sprache.

In 5 Fällen scheint übermässiger Tabaksgenuss die Evolution der Ataxie locomotrice verschuldet zu haben.

Rabow (Berlin).

---

475) **Bellangé** (Paris): Note sur un cas d'arthropathie ataxique. (Ein Fall von tabischer Arthropathie.) (L'Encéphale. Bd. IV. Heft 6.)

Ein 42jähr. Mann, der sich vor Jahren syphilitisch inficirt hatte, und bei dem vor 15 Jahren Doppeltsehen und später Ataxie und andere tabische Erscheinungen aufgetreten waren, wurde wegen Geistesstörung (Verfolgungsideen) in das Asyle St. Anne aufgenommen. 2 Monate nach der Aufnahme klagte Pat. über Schmerzen in der linken Schulter, und im Verlauf weniger Stunden entstand eine starke Schwellung des Gelenks ohne jede Schmerzhaftigkeit; nach mehreren Tagen verging die Schwellung, indess konnte man jetzt eine pathologische Luxation constatiren: der Humerus war unter die Clavicula basirt. — 18 Monate später bildete sich ebenso plötzlich und gleichfalls schmerz-

los eine starke Anschwellung des linken Kniegelenks: diese Schwellung ging jedoch sehr rasch unter starker Temperatursteigerung in eitrige Gelenkentzündung über, es trat Perforation ein: die Tibia war nach hinten luxirt, die Condylen des Femur standen heraus. Hieran schloss sich continuirliches Fieber und Pat. ging schliesslich an sehr schnell sich entwickelnder eitriger Pleuritis zu Grunde, nachdem einige Tage vor dem Tode noch eine leichte Entzündung des rechten Handgelenks constatirt war. Bei der Autopsie fand sich an den erkrankten Gelenken: Der Humeruskopf hatte die verdünnte und gerissene Kapsel nach oben durchbohrt, der Knorpelüberzug des Gelenkendes fehlte, dagegen fanden sich auf der Oberfläche zahlreiche Stalactiten; das Gelenk war mit theilweise eitriger Flüssigkeit erfüllt. Unterhalb des Humeruskopfes fand sich eine mit einer grossen Menge ($^1/_2$ Liter) Eiter gefüllte Tasche, die nicht mit der Gelenkhöhle communicirte, sondern durch einen perforirten Intercostalraum mit der Pleurahöhle in Verbindung stand; in der Pleurahöhle selbst fand sich eine Masse Eiter. Am Kniegelenk war die Zerstörung sehr beträchtlich, die Bänder waren bis auf geringe Reste total zerstört, die von ihren Knorpelüberzügen entblössten Knochen stark zerfressen. Im Rückenmark bestand typische Degeneration der Hinterstränge, die Untersuchung der die betr. Gelenke versorgenden Nerven ergab nichts Abnormes.

Schoenthal (Berlin).

476) **Günther** (Rheinfelden): Zur Aetiologie der Trigeminus- und Intercostalneuralgien. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1885. Nro. 4.)

Die Verschiedenheit der Erscheinungsweisen, der Localisation, Intensität, Ursachen, secundären Zustände dieser Leiden, macht es erklärlich, dass therapeutisch alles Mögliche schon herbeigezogen wurde, und alles Mögliche, wenn auch bei unaufgeklärtem Causalnexus — schon geholfen hat. Verf. verfügt zwar nur über fünf Fälle, die die Aetiologie um ein bisher wenig gewürdigtes Capitel vermehren; allein die Wichtigkeit der Erkenntniss dieses ätiologischen Hintergrundes, auf welchem die genannten Neuralgien nur die Rolle von Symptomen spielen, mag die Veröffentlichung und *ausführliches Referat* dieser wenig zahlreichen Belege rechtfertigen. Gerade der Zeitpunkt, in dem diese scheinbar genuinen Neurosen auftreten, fällt auch mit demjenigen zusammen, der die günstigsten Chancen zur Arretirung oder Heilung der Grundkrankheit beherbergt, und gewiss ist schon oft diese vortheilhafte Gelegenheit unter Suchen und Probiren von Mitteln, mit denen vermeintlich selbstständige Gesichts- und Intercostalneuralgien beseitigt werden sollten, verpasst worden.

„In meinen Fällen war die primäre Ursache derselben *Tabes dorsalis*, und in 3 von diesen 5 Fällen wieder die primäre Ursache der Tabes *Lues*. (Der 4. Fall konnte von dem Verdacht auf voraufgegangene Syphilis nicht ganz freigesprochen werden, wenn auch eine entsprechende Therapie negativen Erfolg hatte.) Nur in einem einzigen Fall war Syphilis sicher auszuschliessen. Unter den 5 Fällen waren 3 mit

Tic doul., 2 mit Intercostalneuralgien. Bezüglich letzterer ist schon lange von Erb die Tabes als ätiologisches Moment angegeben worden, doch beziehen sich seine Angaben mehr auf das Gürtelgefühl, weniger auf die mit den bekannten Schmerzattaquen verbundenen, mehr reinen Formen dieser Neurosen, wie ich sie in genanntem Causalnexus, die eine sogar mit Zostereruption, beobachtete.

Ueber die Hindernisse, die der ätiologischen Forschung im Wege stehen, ist Folgendes zu bemerken: Da ist vor Allem in dem Wesen der Neuralgien selbst das Moment gelegen, das alles Andere in den Hintergrund drängt. Die wüthenden Schmerzanfälle im Tic beherrschen den Kranken vollständig und zuerst auch den Arzt. Anderweitige Schmerzen in anderen Bezirken kommen kaum zum Bewusstsein, und wenn sie zeitlich etwas abliegen, sind sie rasch vergessen. Alles concentrirt sich in dem Schmerz des Anfalls und während der Pause in der Furcht vor dem nächsten. Dauert ein solcher Zustand längere Zeit an, dann können sich eine ganze Reihe unverkennbarer tabischer Symptome einschleichen, die der Kranke kaum der Beachtung werth hält, oder die er höchstenfalls der immer weitere Kreise ziehenden reizbaren Erschöpfung seines Nervensystems in Folge des angeblichen Grundübels zuschreibt. Die lancinirenden Schmerzen Nachts verlieren ihren pathognomonischen Stempel, denn die Quintusneuralgie hat sie an Vehemenz weit überholt und steht im Vordergrund. Die Blasenschwäche, die sich unbemerkt eingestellt hat, wird vom Kranken als natürliche Folge seines schmerzdurchwühlten Organismus angesehen. Die Impotenz erscheint, wenn überhaupt constatirbar, als selbstverständlich. Die leichten Parästhesien, Ameisenlaufen, Hitze- und Kältegefühl an den untern Extremitäten werden auf Rechnung der Müdigkeit, der schlaflosen Nächte gesetzt. Einzig das Gürtelgefühl gaben die betreffenden Kranken auf Befragen in bestimmter Weise als unangenehme Empfindung an. Es fallen also in Folge des Vorherrschens *eines* Symptomes mehrere, einzeln wohl nicht werthvolle, aber in ihrer Zusammengehörigkeit bedeutungsvolle subjective Klagen bei diesen Fällen aus, die andere Tabetiker allein schon zum Arzte führen. Wenn nun noch gar über eine derartige Neuralgie ein Zoster seinen trügerischen Mantel wirft, so ist es leicht begreiflich, dass man auf falscher Fährte sich abmühen kann, ohne dem Ziel näher zu kommen, bis später die ursprüngliche Krankheit in kenntlicherer Weise dem Arzt Fingerzeige gibt. Cum grano salis aber lässt sich der Satz aufstellen: Eine *frühzeitig* erkannte Tabes *nicht* ungünstig zu beeinflussen, ist eine ebenso grosse Kunst, wie eine *vorgeschrittene* zu heilen. Ich habe mir deshalb zur Regel gemacht, bei jeder Neuralgie, die in ihrer Ursache nicht klar ist, eine Umschau nach tabesverdächtigen Symptomen zu halten; und wenn auch der weitaus grösste Theil negativ ausfällt, so wird man doch dann und wann die kleine Mühe nicht umsonst gehabt haben, und mit doppelter Befriedigung eine Behandlung gegen das gefundene Grundübel einleiten.

Ich forsche nach dem *Kniephänomen, reflectorischer Pupillenstarre, Augenmuskellähmungen, lancinirenden Schmerzen, Gürtelgefühl, Blasenstörungen und Bewegungen bei geschlossenen und offenen Augen.*

Bei Nr. 1 der Fälle wurde ich durch eine zufällig entdeckte, ziemlich starke Myosis aufmerksam gemacht. Ich frug nach dem Gürtelgefühl, das zögernd zugestanden wurde unter Mitgabe der Bemerkung, das wäre das Wenigste, die Hauptsache sei der Kopf. Dann suchte ich vergeblich nach dem Kniephänomen.

Im 2. Falle gab Patient neben den neuralgischen Schmerzen auch das Gürtelgefühl an. Ich vermisste weiter den Patellarreflex. Beim Entkleiden entwickelte sich starker Uringeruch und nun erzählte der Kranke, dass er in den letzten 3 Monaten wegen seiner aufreibenden Schmerzen den Urin nicht mehr so gut halten könne, wie früher. (Es bestand paralytische Incontinenz.) Die übrigen Fälle stammen aus der Periode, wo ich schon regelmässig bei Neuralgien auf Tabes inquirirte.

Fall 1. Herr S., Rent., 42 Jahre alt, Vater von 3 Kindern (Wittwer), hat sich bis vor 1½ Jahren subjectiv wohl gefühlt. Da traten ohne erkennbare Veranlassung reissende Schmerzen in der linken Gesichtshälfte auf, zuerst Nachts, später auch am Tag (jedoch in grössern Pausen). Die Schmerzen wuchsen, waren bald mehr im Subraorbit., bald im Verbreitungsgebiet des II. Astes vorherrschend. *(Keine Schmerzpunkte nachweissbar.)* Nach ½ Jahr dieses Bestandes trat allmälig Ermüdung beim Kauen ein, die sich bis zur Parese steigerte, welche zur Zeit meiner Untersuchung noch bestand. Die Anfälle haben an Intensität zugenommen; Irradiationen in Schulter und Oberarm mit starker Thränensecretion vergesellschaftet. Jede Therapie erfolglos. Im Juni 1882 sah ich den Patienten. Die linke Hälfte seines Backenbartes war durch die Gegenmanöver (Reiben, Kneten) wie zerfressen. Conjunctivitis, bei welcher Gelegenheit ich die sp. Myosis entdeckte; Gürtelgefühl; Fehlen des Kniephänomens; „seit 2 Jahren öfters rheumatische Schmerzen in den Beinen"; seit 1 Jahr Verlust der Libido; Gang bei geschlossenen Augen unsicher, Stand schwankend. Schankernarbe am innern Präputialrand, woraufhin Pat. gesteht, vor 4 Jahren sich inficirt zu haben; vor 3 Jahren Roseola und Geschwüre im Hals (kleiner Defect am weichen Gaumen). Nach von mir eingeleiteter 3wöchentlicher Schmiercur keine Besserung. Ord.: Jodkali. Nach 14 Tagen: Mehrere Stunden Pause zwischen den Anfällen Nachts. Im Verlaufe von 8 Wochen: Cessiren der Anfälle, Wiederkehr der motorischen Kraft der Kaumuskeln, keine rheumatische Schmerzen mehr; keine Differenz im Gang bei offenen und geschlossenen Augen; Pupillen reagiren langsam auf Lichteinfall. Danach 3wöchentliche Cur mit galv. Str. Fortschreiten der Besserung auf allen Gebieten. Nach Hause entlassen. Nach 1½ Jahren Status idem; aber das *Kniephänomen ist nicht* wieder zurückgekehrt.

Fall 2. Herr Kl, 35 Jahre alt., Ingenieur, Vorsteher eines grossen industriellen Etablissements. Bewegtes Leben in bacho und venere hinter sich. Vor 2 Jahren vorübergehend Doppelsehen; dann rheumatische Schmerzen in Armen und Beinen, die sich Nachts hauptsächlich einstellten. Vor ungefähr 1 Jahr traten dumpfe Kopfschmerzen auf, abwechselnd mit Zahnschmerzen im Unterkiefer, rasch an Vehemenz zunehmend und die andern Klagen verdrängend. Die Schmerzen wurden immer heftiger, Zunge, Ohr und Kinn mit einbezogen. Die Brust war oft wie zusammengeschnürt. Patient war unfähig geworden, seine Stelle weiter zu versehen. Cauterisation mit *Paquelin* war ohne Erfolg, Morphium nur von kurzer Wirkung (Injection). Das Kniephänomen fehlte. Incontinenz vesic. Sohlen leicht anästhetisch. Stand unsicher bei geschlossenen Augen. (Pat. gibt selbst an, Nachts unsicher im Gang zu sein.) Vor 6 Jahren syphilitisch in-

ficirt. Vor 4½ Jahren Psor. syphil.; Heiserkeit. (Schmiercur in Aachen, nach welcher die Psor. beseitigt war.) Seither weiss Pat. von keinem weiteren Auftreten von Syphilis. Ord.: Jodkali innerlich; indifferente Bäder. Galvanische Behandlung des Rückenmarks. Nachdem Patient mit Unterbrechungen in Summa circa 60 grm. Jodkali genommen, waren Kopfschmerz und Neuralgien verschwunden, ebenso Gürtelgefühl und Rheumatismus. Das Kniephänomen ist nicht zurückgekehrt. Pat. hat seine frühere Beschäftigung wieder übernommen und hat, 14 Monate nach der letzten Behandlung, keinen Anlass zu irgend welchen Klagen. Auch der unsichere Gang Nachts hat sich wieder verloren.

Fall 3. Herr L., Kunstmaler, 54 Jahre alt, datirt seinen Tic doul. von einer Reise in's Hochgebirge, die er in schlechtem Wetter vor 2½ Jahren gemacht hat. Zuerst Reissen in der Kopfhaut, das sich allmälig über die ganze rechte Gesichtshälfte ausdehnt. Ausgesprochene secretorische Störungen: Thränenträufeln, Speichelfluss während der Anfälle. Hat schon verschiedene Curen ohne Erfolg gemacht. Es traten neuralgiforme Magenschmerzen auf, die Verdacht auf Bleikolik nahe legten. Bei der Untersuchung stellt sich heraus: Fehlen des Patellarreflexes, früher vorübergehend Ptosis, lancinirende Schmerzen in den Beinen und im rechten Arm. Anästhetische Bezirke an beiden Unterschenkeln. Verlangsamte Schmerzempfindung von den Fusssohlen aus. Gürtelgefühl, Gehen im Dunkeln unsicher. Schmerzhafte Auftreibung an der linken Tibia „von selbst gekommen". Narbiger Defect am weichen Gaumen. Vor 10 Jahren Infection. Ord.: Ferr. jodat. und Jodkalium. Während 4 Wochen keine Besserung. Dann werden die Anfälle milder. Der Tophus wird kleiner. Die Cur muss wegen starker Dyspepsie ausgesetzt werden. Unter dem Gebrauch des const. Str. während 5 Wochen schwinden nun die übrigen Symptome mit Ausnahme der Unerregbarkeit des Quadriceps. Im Lauf des Winters wird Jodkali in kleinen Dosen weitergenommen. Bis heute (circa 1 Jahr seit den letzten Anfällen) fühlt sich der Betreffende wohl.

In Fall 4 und 5 handelt es sich um Intercostalneuralgien.

Fall 4 betrifft eine 39jährige Dame, in ihrem 23. Jahr verheirathet, seit 5 Jahren Wittwe. Sie hat 3 Mal Frühgeburten gehabt ohne nachweisbare Ursache; der Mann soll früher etwas leicht gelebt haben. Die Kinder brachten bläschenartigen Ausschlag zur Welt und starben bald. Das 4. (jüngste) Kind, 7 Jahre alt, ist gesund. Pat. weiss nichts von eigener Ansteckung. Linksseitige Mastodynie, schiessende Schmerzen im 7. Intercostalraum beidseitig (links stärker). Unzählige Schröpfkopfnarben. Seit einigen Monaten Incontin. urin. Formicationen in Armen und Beinen. Taubheit der Füsse. Patellarreflex links aufgehoben, rechts kaum noch vorhanden. Schwanken bei geschlossenen Augen. Jodkalipillen, Jodeisensyrup ohne Erfolg. Electrische Behandlung des Rückenmarks, welcher zuerst die Blasenstörung weicht. Nach 5 Wochen treten die Intercostalschmerzen alle paar Tage einmal in leichtem Grade auf. Fortsetzung der electrischen Behandlung zu Hause durch einen Specialisten, der mir mittheilt, dass Patientin hergestellt sei bis auf das Kniephänomen.

Fall 5. Kaufmann, 27 Jahre alt; rechtsseitige Intercostalneuralgie mit Zoster; leitet die Krankheit von einer Erkältung beim Velocipedfahren, dem er leidenschaftlich ergeben ist, ab. (Jährliche Rundreisen von circa 12—1400 Kilometer waren sein Hauptvergnügen.) Seit 2 Jahren verheirathet. Syphilis und Masturbation sind auszuschliessen. Vorübergehend war Doppeltsehen aufgetreten. Abgesehen von den Intercostalschmerzen war Pat. sehr deprimirt über die immer

mehr überhandnehmende Schwäche im Genitalapparat, für die er keine Gründe fand. Häufiges tropfenweises Uriniren Nachts (Spast. Incont.) Spannungsgefühl und hie und da ziehende Schmerzen in den Beinen und um den Rumpf (Gürtelgefühl). Kniephänomen fehlt. Schmerzhafte Percussion des 6. und 7. Proc. spinos. dors. Faradisation nach *Rumpf* ohne Erfolg. 6wöchentliche galvanische Behandlung des Rückenmarks und der Genitalien. Die Schmerzhaftigkeit der Process. spinos. und die Heftigkeit der neuralgischen Anfälle nahmen proportional der Zahl der Sitzungen ab. Die Spannungen in den Beinen und die Schmerzen sind verschwunden, das Gürtelgefühl ebenfalls. Pat. befindet sich momentan in einer Kaltwasseranstallt, wo er unter einer schonenden hydriatischen und electrischen Behandlung das Wiedergewonnene mit Erfolg zu befestigen sucht.

Ich habe absichtlich die Krankengeschichten nur kurz angedeutet; handelt es sich doch nur um die Klarlegung des Causalverhältnisses. Ein wichtiges Ergebniss, das zwar bei einer so geringen Zahl von Fällen allerdings bedeutend einbüsst, ist das fast erdrückende Ueberwiegen von Syphilis als primum movens, das auch in diesem engen Rahmen vollständig im Einklang steht mit der Ansicht, dass die seit Fournier's Arbeiten immer festeren Fuss gefasst hat. Man verknüpft noch viel zu eng mit der Diagnose Tabes die Forderung des atactischen Ganges. Wo dieses zweite Stadium in die Erscheinung getreten ist, beginnt für Arzt und Kranken ein schwerer Kampf, in dem nicht selten beide unterliegen. Für die Praxis ist es bedeutend vortheilhafter, einem verdächtigen Symptomencomplex einmal zu viel die ominöse Bezeichnung zu verleihen, wie zu warten, bis die Krankheit deutlicher sich ausspricht. Als bemerkenswerth hebe ich die Exacerbationen und Häufungen der neuralgischen Anfälle während der Nachtzeit hervor, ein Zeichen, das villeicht mit andern den Verdacht auf syphilitischen Ursprung näher bringt. Die anatomische Läsion für Fälle von Tic douloureux, wie die angeführten, in denen Symptome von Seiten der in der oblongata gelegenen Kerne fehlen oder zurücktreten, lässt sich ohne Zwang in die absteigende Wurzel des Trigeminus verlegen.

Ich bemerke noch, dass sämmtliche Kranke in meine Behandlung kamen wegen der Neuralgien, die den Löwenantheil ihrer Klagen in Anspruch nahmen, wie sie auch objectiv das Terrain vollständig zu beherrschen schienen".

---

477) **Legrand du Saulle** (Paris): Les traumatismes cérébraux. Troubles intellectuels graves qu'ils peuvent dèterminer. (Die Traumen des Gehirns. Schwere Störungen der Intelligenz, welche sie zu Wege bringen.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 103 und 106.)

Den Gegenstand dieses Vortrages bilden die verschiedenen intellectuellen Störungen, welche, eine Folge des Shocks und daher ohne nachweisbares materielles Substrat, früher oder später nach einem Trauma des Schädels auftreten.

Vorzugsweise ist es das Gedächtniss, welches hier in Betracht kommt. Dasselbe bewahrt zwar nach dem Verschwinden der unmittel-

baren Folgezustände des erlittenen Trauma, die vor demselben percipirten Eindrücke, verliert aber von da ab die Fähigkeit, neue aufzunehmen, oder, was am häufigsten der Fall zu sein pflegt, alle mehr oder weniger lange Zeit vor der gedachten Schädlichkeit gehabte Vorstellungen zurückzurufen. Diese Störungen verschwinden mit der Zeit wieder, zeichnen sich aber dadurch aus, dass die Erinnerung an früher percipirte Vorstellungen schneller als die an später aufgenommen wiederkehrt.

Als eine weitere Störung des Gedächtnisses bezeichnet Verf. Aphasie sowie Veränderungen des Characters und der Intelligenz im engeren Sinne (Schwachsinn, Blödsinn).

Schliesslich ist die Behauptung hervorzuheben, dass Verletzungen des Schädels oft die Intelligenz verschärfen oder Defecte ausgleichen.

Pauli (Köln).

---

478) **Ball:** De la folie consécutive au choléra. (Geistesstörung bei Cholera.) (L'Encéphale 1885. Nro. 1.)

In B.'s Fall handelt es sich um ein heftiges Delir. potator., das am 6. Tage der Cholera-Attaque ausbrach. Auch in den meisten der mitgetheilten Beobachtungen der anderen Autoren scheint es sich um Del. tremens zu handeln; nur in einem Fall verlief die Psychose bei einer Frau unter dem Bilde einer acuten hallucinatorischen Paranoia. Die Prognose scheint nach den bisher gemachten Beobachtungen eine günstige zu sein. B. will die Aufmerksamkeit der Aerzte auf das Thema der Geistesstörungen bei Cholera lenken, da jetzt, wo die Cholera wieder grassirt, Gelegenheit zu weiteren Beobachtungen gegeben, und die bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen nur spärliche sind.

Schoenthal (Berlin).

---

479) **Schüle** (Illenau): Ueber die Beschränkung der Heirathsberechtigung bei belasteten und irre gewesenen Personen. (Vortrag auf der Jahresvers. der deutschen Irrenärzte am 16. Septbr. 1885 in Baden-Baden.)

Auf Grund der in Illenau gesammelten Erfahrungen bespricht Vortr. diese wichtige Frage und wendet sich gegen die bekannte Lehre von Dick, der seine Erfahrungen widersprechen. Er erklärt sich gegen Ehen zwischen chronisch-epileptischen, chronisch-hysterischen, chronisch-alkoholischen, chronisch-schwachsinnigen, und zwischen erblich belasteten Personen. Der Staat sei zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten ebenso verpflichtet wie zur Verhinderung einer erblich belasteten Nachkommenschaft; er kann diese Prophylaxe ausüben durch frühzeitige Entmündigung der Betreffenden.

E.

---

480) **Henry Sutherland** (London): The true first stage of general paralysis of the insane. (Das wahre erste Stadium der allgemeinen Paralyse der Geisteskranken.) (The Lancet. 22. August 1885.)

Verf. hat die Wahrnehmung gemacht, dass es besonders folgende Symptome sind, welche, noch ehe sich eine Geisteskrankheit bemerkbar

gemacht hat, schon vorhanden, den Ausgang derselben in allgemeine Paralyse in sichere (?) Aussicht stellen: Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten und der körperlichen Kräfte neben dem Gefühl, als wenn ein heisses Eisen über die Vorderarme gestrichen würde, Klagen über Stiche in den Füssen und Knieen, zeitweiliges, nur einige Minuten andauerndes Schielen bei völligem Bewusstsein. Des weiteren ist das sexuelle Verlangen vermindert oder besonders in den Fällen, wo ein Trauma auf den Kopf oder die Wirbelsäule eingewirkt hat, krankhaft alterirt. Dazu kommen ferner noch Zittern der Hände und Füsse bei gewissen Bewegungen, leichter Schwindel, tiefe psychische Verstimmung, auf die gelegentlich eine unmotivirte Heiterkeit folgt, Hang zur Einsamkeit neben der Furcht allein zu sein, allgemeines Gefühl von Unbehagen, dem ein materielles Substrat fehlt.

Pauli (Köln).

---

481) **A. Rothe:** Psychiatria (Handbuch der Geisteskrankheiten).
(Polnisch, Warschau 1885.)

Das Werk ist hauptsächlich für praktische Aerzte geschrieben. Nach einer geschichtlichen Einleitung gibt Verf. eine Uebersicht der normalen psychischen Functionen, berichtet sodann über die krankhaften Störungen des Geisteslebens im Allgemeinen und analysirt zuletzt die Geisteszustände die eine Aehnlichkeit mit dem Irresein haben, wie: Originalität, Rausch, Fieberdelirien, Hypnotismus und dgl. Die folgenden 2 Capitel sind der Aetiologie und Diagnose der Geisteskrankheiten gewidmet. Im speciellen Theile unterscheidet Verf. 2 Gruppen psychischer Störungen: Psychoneurosen und psychische Entartung (Krafft-Ebing). Zu den Psychoneurosen gehören: Melancholie mit Unterformen, Manie und Tobsucht, primäre heilbare Demenz. Diese Formen bilden die sog. primären Störungen. Als secundäre Uebergangsformen werden betrachtet: die secundäre allgemeine Verrücktheit und die partielle V. (Monomanie). Als Endformen werden bezeichnet: secundärer Schwachsinn, seniler Blödsinn, Idiotismus. Eine Sonderstellung wird dem paralytischen Blödsinn zuerkannt.

In der Gruppe der psychischen Entartung werden beschrieben: die primäre Verrücktheit und als Unterarten: der Verfolgungs-, Querulanten-, religiöser und erotischer Wahn. Sodann: constitionelles affectives Irresein (Folie raisonnante), Moralisches Irresein, epileptische und periodische Geistesstörung.

Die einzelnen Formen der psychischen Störungen sind kurz aber allgemein verständlich beschrieben und zur Erläuterung des Textes dienen die bei jeder Krankheitsgruppe hinzugefügten eigenen Krankengeschichten.

Die folgenden Capitel sind der Behandlung und Pflege der Geisteskranken gewidmet. Verf. beschäftigt sich ausführlich mit der psychischen Behandlung, mit dem therapeutischen Eingreifen im Beginn und bei ausgesprochener Krankheit. Die Anstaltsbehandlung, der Verkehr der Kranken mit ihren Angehörigen und das Entlassen aus der Anstalt werden besonders erläutert. Für den praktischen Arzt, der

oft Geisteskranke beim Ausbruch der psychischen Störung zu behandeln hat, bietet das Werk reiche Belehrung.

Rosenthal (Warschau).

---

482) **Sioli:** Bericht über die Verwaltung der Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau pro 1884. 20 S.

Es befanden sich Ende 1883 in der Anstalt:

	331 M.	272 Fr.	Summa 603
Aufnahmen im Jahre 1884 . . .	54 „	42 „	„ 96
Mithin wurden überhaupt verpflegt .	385 M.	314 Fr.	Summa 699
Davon gingen ab	52 „	37 „	„ 89
Es blieben daher Ende 1884 . .	333 M.	277 Fr.	Summa 610

Unter den Aufgenommenen litten 5 an Melancholie, 3 an Manie, 28 an primärer Verrücktheit, 18 an secundärer Geistesschwäche, 10 (7 M. u. 3 Fr) an Dementia paralytica, 1 an Hypochondrie, 3 an Hypochondrie mit hysterischer Verrücktheit, 4 an periodischer Seelenstörung, 3 an Altersblödsinn, 1 an chronischem Alkoholismus, 8 an Epilepsie mit erworbener Seelenstörung, 3 an Idiotie mit Epilepsie, 6 an Idiotie, 1 an Imbecillität.

Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bis 1 Monat bei 3 Kranken, bis 6 Monat bei 6 Kranken, bis 1 Jahr bei 5 Kranken, bis 5 Jahre bei 47 Kranken, über 5 Jahre 25 Kranken, von Geburt an bei 10 Kranken.

Vererbung als wahrscheinliche Ursache der Krankheit stellte sich in 25 Fällen heraus und zwar in 13 Fällen als directe, in 8 Fällen als indirecte, in 4 Fällen als atavistische.

Unter den Aufgenommenen des letzten Jahres befindet sich eine auffallend grosse Zahl gefährlicher und störender Elemente. Es sind dies theils epileptische, theils zu strafwürdigen Handlungen hinneigende Kranke. Bei den Epileptikern mit Wuthanfällen und Neigung zu Gewaltthätigkeit und Zerstörungstrieb hat die energische Bromkalibehandlung nur den Erfolg gehabt, die Anfälle zu condensiren; sie traten seltener, dafür aber dann um so schwerer und in rücksichtsloserer Form auf. Als characteristisch für die inhumane Behandlung, die mitunter den Geisteskranken im Zuchthause zu Theil wird, nachdem ihre Krankheit schon längst mit Leichtigkeit hätte constatirt werden können, verdient aus dem interessanten Berichte nachstehender Fall verbo tenus wiedergegeben zu werden:

„B. geboren 1849, dessen Vater im Zuchthause starb, hat die gewöhnliche Verbrecherlaufbahn durchgemacht. Im 18. Jahre bereits wegen Betruges bestraft, kam er stets bald nach der Entlassung aus dem Gefängnisse wieder durch dieselben Strafhandlungen, Betrug, Landstreichen, Betteln, Beleidigung mit dem Strafgesetz in Conflict und wurde zu immer härteren Gefängnissstrafen verurtheilt. Von 1879 bis 1881 verbüsste er wegen Betrugs 2 Jahre Gefängniss und zeigte dort in der letzten Zeit bereits ausgeprägte Verfolgungsideen, so dass man ihn allgemein als geisteskrank betrachtete. Die damaligen Aeus-

serungen seiner Geistesstörung stimmen völlig mit den späteren und jetzigen überein, so dass bei dem bekannten chronischen Verlaufe dieser Form der Verrücktheit mit Bestimmtheit anzunehmen ist, dass er seit jener Zeit dauernd geisteskrank ist. Trotzdem verübte B. nach seiner Entlassung in typisch derselben Weise wie früher eine Reihe raffinirter Betrugsvergehen — indem er mit gefälschten Papieren für angeblich Abgebrannte sammelte — und wurde im Herbst 1881 abermals wegen Betruges zu $2^1/_2$ Jahren Zuchthaus verurtheilt.

Aus dem Anfange des Jahres 1882 ist in den Zuchthausacten nichts über ihn bemerkt; im August 1882 äusserte er dieselben Verfolgungsideen wie früher (er wird mittelst eines „Phantoms“ electrisirt und mit schrecklichen Empfindungen gepeinigt), wurde darauf wegen Mangel an Arbeitslust den 25. Septbr. 1882 mit 7 Tagen Arrest bei Wasser und Brod ohne Lagerung, den 21. Novbr. 1882 desgleichen, den 12. Decbr. 1882 zu 14 Tagen desgleichen, den 30. Decbr. 1882 zu 3 Tagen desgleichen, den 2. Febr. 1883 zu Entziehung der Morgensuppe auf 7 Tage bestraft. Vom 22. Febr. bis 6. März 1883 wurde er im Lazareth mit vierter Form (Hungerkur) behandelt und nach dieser Kur vom Anstaltsarzt als genesen entlassen. Am 16. April erstach er meuchlings ohne jeden Grund den Oberaufseher G., was er mit deutlichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen motivirte; am 18. April wurde er wegen seines Verhaltens zu 30 Peitschenhieben verurtheilt, was ärztlich für zulässig erklärt und ausgeführt wurde. Während diese Behandlung im Zuchthause ohne wesentliche Modification fortgesetzt wurde, wurde die Untersuchung des Geisteszustandes des B. vom Landgericht beschlossen, die am 8. October 1883 zur Aufhebung des Untersuchungsverfahrens wegen krankhafter Störung der Geistesfähigkeit führte. Hiernach wurde allmälig das Entmündigungsverfahren eingeleitet, das am 20. Januar 1884 zur Wahnsinnigkeitserklärung des B. führte; am 5. April 1884 wurde B. endlich aus dem Zuchthaus entlassen und am 21. Novbr. 1884 in die hiesige Anstalt eingeliefert.

Dass unter diesen Einflüssen aus dem B. ein höchst gemeingefährliches, misstrauisches, ohne Weiteres zu ferneren Mordanfällen geneigtes Individuum geworden ist, ist nicht zu verwundern. Wir können aber nicht umhin, im Interesse des Kranken wie der Irren-Anstalt, der nun dieser künstlich bösärtig gemachte Kranke zugewiesen ist, gegen das geschilderte Verfahren ausdrücklich zu protestiren.“ Diesem energischen Proteste dürften sich nicht nur sämmtliche Psychiater, sondern auch die gesammte civilisirte Menschheit anschliessen.

Abgang: Es sind entlassen als

genesen	. .	7	M.	3	Fr.	zus.	10
gebessert	. .	17	„	11	„	„	28
ungeheilt	. .	4	„	7	„	„	11
Gestorben sind		24	„	16	„	„	40
Summa	. .	52	M.	37	Fr.	zus.	89.

Die Aufenthaltsdauer der Entlassenen in der Anstalt betrug:

bis 1 Jahr . . .	bei 22	Kranken
1—5 Jahre . . .	„ 5	„
5—10 Jahre . . .	„ 4	„
über 10 Jahre . .	„ 12	„

Die Procentzahl der Gestorbenen zur Gesammtzahl der Behandelten beträgt 5,72, Tuberculöse sind hierbei 15, also 37,5 Procent der Gestorbenen. Rabow (Berlin).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société médicale des Hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 24. Juli 1885. (Le Progrès med. Nro. 31. 1885.)

483) **Troisier** stellt einen *Mann mit hysterischer Lähmung* vor. Es handelt sich um eine Monoplegia brachialis, die in einer früheren Sitzung auf ein Trauma zurückgeführt worden war. Joffroy hatte eine hysterische Lähmung angenommen, und Charcot, der den Kranken sah, erklärte, dass derselbe hysterisch sei und dass seine Lähmung eine hysterische Lähmung mit vollständiger Hemianästhesie sei. Der Patient leidet nun an monoculärer Polyopie d. h. beim Schliessen des gesunden Auges sieht er mit dem kranken Auge mehrere Gegenstände, wenn man ihm nur einen einzigen zeigt. Er leidet auch an Micropsie, denn er sieht die Gegenstände kleiner als sie in der Wirklichkeit sind.

Seine Mutter war hysterisch oder epileptisch, eine Schwester ist hysterisch, der Vater war Säufer.

Joffroy stellt ebenfalls eine männliche hystero-traumatische Lähmung vor. Derartige Fälle mehren sich nun seitdem man sie besser kennt. Der junge Patient war von früh auf nervös und unzugänglich. In der Kindheit litt er an Inconentia urinae, später an Rheumatismus und an einer Herzaffection. Die linksseitige Monoplegie stellt sich gleichfass im Anschluss an ein Trauma ein, sie war von Hemianästhesie begleitet. Der Kranke hat häufig starke Anfälle.

Debove citirt auch einige hierher gehörige Fälle und hebt hervor, dass die Hysterie beim Manne häufiger vorkommt, als bisher angenommen worden sei.

II. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 20. Juli 1885. (Le Progrès med. Nro. 31. 1885.)

484) **Vulpian:** *Ueber die Dauer der Erregbarkeit der sogenannten excitomotorischen Regionen des Gehirns nach dem Tode.* Diese Erregbarkeit überdauert den Stillstand der Circulation beim erwachsenen Hunde nur ganz kurze Zeit. Gewöhnlich kann sie schon 45 Secunden nach dem Verschwinden des Cruralpulses nicht mehr wahrgenommen

werden. In denjenigen Fällen, in denen eine länger andauernde Excitabilität beobachtet worden ist, handelt es sich nur um eine irrthümliche Auffassung der Verhältnisse.

485) **Paul Bert:** Im Anschluss an die Experimente, die kürzlich an einem Enthaupteten gemacht wurden, sieht Verf. sich zu folgenden Bemerkungen veranlasst. Die Versuche an Enthaupteten haben nicht den geringsten Zweck in Bezug auf die allgemeine Physiologie. Ein Hund oder ein Kaninchen giebt viel genauere Resultate. Indessen gestatten doch derartige Experimente gewisse Probleme der Physiologie des Menschen zu lösen. — In keiner Weise gerechtfertigt seien die Injectionen von Blut in den Kopf des Enthaupteten, um die Sensibiltät und das Bewusstsein zu erhalten oder zurückzurufen Es sei zwar unwahrscheinlich, dass ein derartiger Versuch gelinge, indessen habe man auf keinen Fall das Recht, ihn anzustellen. Im Falle des Gelingens, würden dem unglücklichen Enthaupteten die entsetzlichsten Qualen bereitet werden.

486) **Charpentier:** *Ueber die Perception der Farben.* Das Licht übt auf den nervösen Apparat des Auges zwei bestimmte Wirkungen aus. Die eine ist proportional der leuchtenden Kraft, die andere hängt gleichzeitig von der leuchtenden Kraft und der Brechbarkeit ab. Die Farbenvorstellung hängt wahrscheinlich von der Zusammensetzung der beiden Arten nervöser Schwingungen ab, die durch diese doppelte Excitation hervorgerufen werden. Rabow (Berlin).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 2) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 3) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1 October, 1500 M. und fr. Stat. 4) Marburg, Assistenzarzt, 1200 M. und fr. Stat. I. Cl. 5) Schwetz (Westpreussen), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat. 6) Alt-Scherbitz, Assistenzarzt, 15. November, 1500 M., fr. Station. 7) Bernburg, Assisteuzarzt, 1500 M. und fr. Stat. 8) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Decbr., 900 M. und fr. Stat.

Ernannt. Herr Dr. Neuendorff in Bernburg, unser verehrter Mitarbeiter, zum Director der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Dessau. Dr. Gauster in Wien zum Director der Irrenanstalt, als Nachfolger Schlager's.

Todesfall. Dr. Lunier in Paris.

Druckfehler.

Pag. 412 Zeile 13 von oben lies Lage statt Zahl.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. November 1885. Nro. 21.

INHALT.

I. Originalien. L. Goldstein: Von der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg vom 18—23. September 1885. (Schluss.)

II. Referate und Kritiken. Chiari: Ueber ein Fall von Luftansammlung in den Ventrikeln des menschlichen Gehirnes. Suckling: Fall von Pacchymeningitis cervicalis hypertrophica. Bompard: Subacute Myelitis in Folge einer Entzündung des Nerv. ischiadicus. Tod. Autopsie. Porter: Encephalopathie in Folge von Bleivergiftung. Nilsson: Behandlung der Meningitis tuberculosa mit Jodoform. Hardy: Secundäre und tertiäre Zustände der Dyspepsie. Mathieu und Weill: Studien gewisser neuropathischer Oedeme. Ziem: Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase. Guy: Die Erzählung des Portraitmalers Mr. H., analysirt und critisch geprüft. Tuke: Moral or emotional insanity. Strahan: Die Nothwendigkeit hospitaler Behandlung heilbarer Geisteskranker. Jelly: Ein Blick auf das Irrenwesen in Spanien. Beach: Fall von Imbecillität mit deutlicher Heredität. Blumenstock: Gerichtsärztliche Gutachten der med. Fakultät Krakau. Zweifelhafter Gemüthszustand einer jungen Brandstifterin. Zierl: Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen IV. Verbrechen des Mordss und Raubes. Vor 4 Jahren Stichverletzung in die linke Brustseite. Reflexpsychose von epileptischem Character. (Stuporöse und Dämmerzustände.)

III. Personalien.

I. Originalien.

Von der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg vom 18.—23. September 1885.

Originalbericht von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

(Schluss.)

Section für Psychiatrie und Neurologie.

9) Pflüger (Bern): *Ueber Erregungen und Miterregungen im Bereiche homonymer Gesichtsfeldbezirke.*

Vortr. macht in einer sehr langen Auseinandersetzung, welche die Augenärzte mehr als die Neurologen interessiren dürfte, und die wir hier nur in den Hauptsätzen wiedergeben, auf die Ermüdungs-Einschränkung der Gesichtsfelder aufmerksam. Ein Fall von männ-

licher Hysterie, welcher behufs Perimeter-Aufnahme in die Augenklinik gesandt war, gab Veranlassung, das Gesichtsfeld durch Funktionsprüfungen der verschiedensten Art, am meisten durch Gesichtsfeldaufaufnahme zu ermüden. Vom grössten Einfluss auf die Aussengrenzen der eingeengten Gesichtsfelder — bei der ersten Aufnahme — erwiesen sich die Gemüthszustände; bei hochgradiger Depression schrumpfte das Gesichtsfeld auf einen Kreis von 3^0 Radius zusammen. Da diese bedeutende Gesichtsfeldeinengung den Fall zu systematischen Ermüdungsversuchen ungeeignet erscheinen liess, so wurden dieselben zunächst vorgenommen bei einer anämischen neurasthenischen 47 jährigen Frau, die wegen doppelseitiger Papillitis in der Klinik sich befand. Es wurden dann eine Reihe Fälle von Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie und zwar einige concentrisch durch die diametrale Methode, andere nur in einer Netzhauthälfte, andere wieder nur in einem Quadranten und einzelnen Sectoren ermüdet und ausnahmslos das Resultat gefunden, dass die Ermüdung einer Hälfte, eines Quadranten, eines Sectors, einer Retina, die homonyme Hälfte, den homonymen Quadranten und den homonymen Sector der anderen Seite in Mitleidenschaft zog in einer analogen Form der Gesichtsfeldeinschränkung. Die Ermüdung griff aber nie über auf Theile der 2. Hälfte des erst ermüdeten Auges — im Gegensatz zu den Resultaten von Wilbrand — nicht einmal auf die angrenzenden Theile derselben Gesichtsfeldhälfte. Es geht hieraus unzweideutig hervor, dass die Erregung und Miterregung meist in Form von Ermüdung ihren Sitz in der Sehsphäre, im Occipitallappen hat und nicht in der Retina.

Vortrag. fragte sich nun, wie die Phänomene der Erregung und Miterregung im Bereiche homonymer Gesichtsfeldbezirke sich verhalten zu den bisherigen Anschauungen über die Projection der occipitalen Sehsphäre. Es stehen sich hier 3 Theorien gegenüber.

1. Die identischen Punkte homonymer Netzhauthälften finden einen einzigen Endpunkt im Gehirn (Johannes Müller).

2. Jeder Hinterhauptslappen zerfällt in 2 getrennte Territorien, jeder für eine homonyme Netzhauthälfte (Munk, Wernicke).

3. Der Hinterhauptslappen besitzt eine individuelle sehr variable Fascikelfeldermischung (Wilbrand).

Die Erregungsphänomene des Vortragenden lassen sich nur mit der Annahme der kleinsten *gleichmässigen* Fascikelfeldermischung vereinigen. Die Annahme von Munk-Wernicke über die territoriale Abgrenzung der Projection im Occipitallappen harmonirt nicht mit den Erregungsvorgängen. Die Erregung der Endorgane dürfte nach dieser Projection sich nicht einfach der Fläche nach dem Nachbar mittheilen, sondern sie müsste vielmehr, die nächste Umbebung verschonend, eine Fernwirkung von ausserordentlicher Genauigkeit in der Localisation ausüben. Der Vorgang müsste den anatomischen Boden verlassen und rein auf die physiologische Coordination Rücksicht nehmen.

Sitzung vom 21. September.

Nachdem die Mitglieder der Section der Demonstration der von Goltz operirten Hunde (siehe Centralbl. Nro. 20. pag. 462) beigewohnt, versammelten sie sich in der Klinik von Jolly, um die von Nissl aufgestellten Präparate anzusehen und dessen Vortrag anzuhören.

10) Nissl (München): *Ueber die Untersuchungsmethoden der Grosshirnrinde.*

Vortrag. verlangt, wenn die Untersuchung der Grosshirnrinde es Menschen vollständig sein soll, dass folgende Punkte genau beachtet werden:

1. Genaues Studium der Hirnoberfläche. Man braucht sich hierbei icht allzusehr zu beeilen, indem die Elemente länger ihre postmortale 'orm erhalten, als man für gewöhnlich anzunehmen geneigt ist.

2. Genaue Bestimmung des Ortes, woher das zu untersuchende indenstück genommen war.

3. Isolation des Gewebes mit Nadeln in wässriger Glycerin- oder hysiologischer Kochsalzlösung zur Erkennung pathologisch veränderer Nervenzellen, Ausführung von microchemischen Reactionen.

4. Isolation des Gewebes mit verausgegangener Maceration nach eiters zum Studium des Bindegewebes.

5. Alkoholhärtung mit nachfolgender Tinktion mit Magentaroth sp. Dahlia zur Erkennung der Struktur in der Nervenzelle und der pographischen Anordnung der zelligen Gebilde in der Rinde.

6. Alkoholhärtung mit nachfolgender Magentarothtinktion für thologisch veränderte Rinde. Vergleichung mit normaler Hirnrinde. hnitte von beiden Hirnen aus homologem Orte; das pathologische d normale Schnittobjekt wird in ein und derselben Schale weiter handelt.

7. Härtung in chromsaurem Kali resp. in Müller'scher oder rlicky'scher Lösung mit nachfolgender Weigert'scher Hämaxylintinktion zum Studium markhaltiger Fasern.

An der *Discussion* betheiligen sich v. Gudden, Schultze eidelberg) welcher dem Alkohol den Vorwurf der Schrumpfung macht, nswanger, welcher seiner Freude Ausdruck gibt, dass Schultze m Standpunkt des Rückenmarkspathologen den alten Methoden das ort redet und endlich Nissl, welcher in der Hirnrinde bei Behandng mit Alcohol keine Schrumpfung der Zellen findet. Die Beetzhen Zellen z. B. bleiben sehr schön gross. Die Farben sind begen von Diehl, München, Neuhausgasse 33.

Sitzung vom 22. September.

11) Erb (Heidelberg): *Demonstration von Präparaten von Dysphia muscularis und von Thomsen'scher Krankheit.*

Erb demonstrirt Muskelpräparate von einem Fall von Thomn'scher Krankheit, welche die Hypertrophie der Fasern, die Kern-

vermehrung etc. in sehr exquisiter Weise zeigen; ausserdem Präparate von Muskeln eines nach einer Operation gestorbenen Mannes, welche genau dieselben Veränderungen der Muskeln in ausgesprochener Weise zeigten. Die Befragung der Wittwe des Betreffenden ergab mit ziemlicher Sicherheit, dass derselbe intra vitam an einem allerdings nur mässigen Grade der Thomsen'schen Krankheit gelitten habe.

Im Anschluss hieran demonstrirte Erb noch Präparate aus drei Muskeln eines an sogen. Pseudohyertroph. infant. muscul. (Dystroph. musc. progr. Erb) leidenden Knaben. Im Gastrocnemius fand sich Hypertrophie vieler, neben Atrophie anderer Muskelfasern (ausserdem Bildung von Längsspalten in einzelnen Fasern), ferner Wucherung und Kernvermehrung des Bindegewebes; auch in den Muskeln Kernvermehrung. Im Infraspinatus vorwiegend atrophische Fasern, mit viel reichlicherer Wucherung des Bindegewebes; keine Fettzellenanhäufung. Im Latissimus dorsi nichts mehr von Muskelfasern, aber Massen von Bindegewebe und von Fettzellen. Auf Grund dieser Befunde ist Erb der Ansicht, dass der ursprüngliche Process *nicht* die Wucherung des Fettgewebes *nicht* eine sog. Pseudohypertrophie, sondern vielmehr eine mit Atrophie vieler Fasern einhergehende wahre Muskelhypertrophie mit gleichzeitiger Bindegewebshyperplasie ist — eine Anschauung, die auch schon von Anderen ausgesprochen ist.

12) Schultze (Heidelberg) demonstrirt Präparate von einem Falle von *allgemeiner Muskelatrophie* und meint, dass bei der sog. Pseudohypertrophie nicht nachgewiesen werden könne, dass der Atrophie einer Muskelfaser stets Hypertrophie voranginge. Nachdem derselbe noch einen Fall von Porencephalie besprochen, bittet zum Schluss Herr Dr. D. Hack Tuke (London) durch Herrn Freusberg die deutschen Neurologen um Unterstützung in seinem Studium über spontanen Somnambulismus und um Mittheilung von gut beobachteten Fällen. —

Aus der physiologischen Section.

In der Nachmittagssitzung am 21. legte Goltz die Gehirne vor, die von vier des morgens vorgestellten Hunden herrührten (siehe Centralbl. Nro. 20. pag. 462). Das Hauptgewicht bemerkte G., lege er auf den Befund des Hundes, welchem die Rinde der linken Hirnhälfte in grosser Ausdehnung zerstört war. Der linken Hälfte dieses Hirnes fehle der Stirnlappen vollständig. Die sog. erregbare Zone der Rinde sei gleichfalls bis zu grosser Tiefe vernichtet. Auch die Sehsphäre sei linkerseits bis auf einen kleinen Rand des Hinterhauptlappens zerstört. Mehrere Herren hätten sich heute noch vor dem Tode des Thieres überzeugt, dass der Hund nach Druck auf die rechte Vorder- oder Hinterpfote lebhafte Sehmerzensäusserungen machte. Dieselben Herren überzeugten sich ferner, dass dieser Hund auch noch das besass, was Hitzig Muskelbewusstsein der Pfote nennt. Dass er keine Spur von Lähmung zeigte, hätten wohl alle gesehen. Gleichwohl fehlten ihm linkerseits die Centren für die Gliedmassen, wie alle übrigen sog. Fühlsphären. Ein zweites Gehirn zeigte rechts wie links vollständige Zerstörun-

der Sehsphäre. Links sei ausserdem die sogen. Fühlsphäre des Auges vernichtet. Das Thier hätte nach Munk stockblind sein müssen, was nicht der Fall war. Das dritte Gehirn rühre von dem Hunde her, welcher nicht im Stande war, selbstständig Nahrung aufzunehmen. Die Ausdehnung der Verletzung bei diesem Thiere sei grösser, wie erwartet. Unversehrt sei beiderseits nur der Stirnlappen. Die sog. motor. Zone sei beiderseits vollständig vernichtet, und es greife die Zerstörung weit in die Sehsphäre hinein, von der nur rechts eine Randzone bestehe. Bei dem Gehirne des Hundes, bei dem ein tiefer Frontalschnitt durch die linke Hirnhälfte gemacht war, wird bezweifelt, dass eine vollständige Durchtrennung der caps. interna bestehe. Goltz bemerkt indess, dass er auf diesen Fall kein besonderes Gewicht zu legen brauche, da das zuerst besprochene Gehirn zum Beweise genüge, dass die Endigung der gesammten Ausstrahlung der caps. interna vernichtet sein könne, ohne irgend welche Lähmung zu erzeugen.

Nothnagel (Wien) meint, dass mit Hinblick auf die heutige Demonstration und Angesichts der vorgelegten anatomischen Präparate der von Goltz behauptete Gegensatz zu dem Munk'schen Standpunkte zu Recht zu bestehen scheine. Doch müsse er daran festhalten, dass eine derartige Zerstörung fast einer ganzen Hemisphäre, wie sie soeben beim Hunde fast symptomlos verlaufend demonstrirt sei, beim *Menschen* schwere Störungen, insbesondere Hemiplegien nach sich ziehe. Es scheine sich hier eben um Unterschiede in der Functionsfähigkeit von compensatorischem Eintreten einer Hemisphäre für die andere beim Menschen und Hunde zu handeln.

Aus der paediatrischen Section.

Kohts (Strassburg): *Ueber Rückenmarkstumoren im Kindesalter.*

Nachdem Vortr. einleitend die Seltenheit der Rückenmarkstumoren im kindlichen Alter betont und angegeben, dass weder bei ihnen noch bei den Rückenmarkstuberkeln characteristische Symptome bisher aufgestellt seien, beschreibt er 3 Fälle im Alter von 15, $5^1/_2$ und $1^1/_2$ Jahren. Im ersten Falle, einem kräftigen, früher stets gesunden Jungen von 15 Jahren, waren bis ca. 4 Wochen vor seinem Tode niemals irgend welche subjective Klagen vorgekommen. Hereditäre Disposition, mechanische Insulte liessen sich nicht nachweisen. Die ersten Symptome bestanden in heftigen Schmerzen im Bereiche des ganzen plexus cervicalis dexter, Parästhesien im rechten Arm, Gefühl von Taubsein und von Ameisenkriechen. Im Vergleiche zu links war die Sensibilität etwas herabgesetzt, Händedruck etwas schwächer. Electrisches Verhalten normal. Schmerzen steigerten sich enorm bei activen und passiven Bewegungen. Dieses der Befund etwa Mitte December. Am 10. Jan. beim Nachhausegehen fiel Pat. plötzlich um, war nicht im Stande sich aufzurichten. $^1/_2$ Stunde nach dem Anfalle constatirte Vortr. eine fast vollständige Lähmung der unteren Extremitäten. Incontinentia vesicae et alvi. Lähmung breitet sich in kurzer Zeit über

die Bauchmuskulatur, über die oberen Extremitäten aus, Sensibilität erloschen. Sensorium frei. Exitus. Nach Ausschluss der Annahme einer Apoplexie und bei dem Mangel aetiologischer Momente konnte man an das eventuelle Vorhandensein eines sich schleichend entwickelnden Rückenmarkstumors denken, der ziemlich schnell anwuchs und dann unter den Erscheinungen eines apoplectischen Insults die Lähmungen nach sich zog. Die Section bestätigte diese Diagnose. Es fand sich ein weichzelliges Sarcom in der Ausdehnung von 5 cm rechts im Halstheil des Rückenmarkes, welches die 3, 4, und zum Theil noch die 5 austretende Wurzel comprimirte. Die grösste Breite des Tumors betrug 27 mm., die Dicke etwa 18 mm.; er nahm somit fast die ganze rechte Hälfte der Cervicalanschwellung ein.

Der zweite Fall, bei dem während des Lebens mit Wahrscheinlichkeit ein solitärer Rückenmarkstuberkel diagnosticirt werden konnte, betraf ein kleines Mädchen im Alter von $1^1/_2$ Jahren, aus tuberculöser Familie stammend. Bevor es zum zweiten Male in's Spital aufgenommen wurde, hatte es eine 5 wöchentliche Inunctionscur wegen Syphilis durchgemacht (Mai 1877). Im November hustete es viel und es bestand unregelmässig remittirendes Fieber, beim Aufheben schrie es laut auf. Es bestand meningitis tuberculosa basilaris. Neben den Erscheinungen der letzteren deutete die in letzter Lebenszeit aufgetretene halbseitige Lähmung und der Umstand, dass vorzugsweise die l. untere Extremität paralytisch blieb anf einen Rückenmarkstuberkel.

Bei der Section (4. Feb. 1879) fand man ausgeprochene Veränderungen einer meningitis tuberculosa. Rückenmark im Dorsaltheil erweicht. Die erweichte Partie liegt in der Höhe des 6. bis 7. Brustwirbels und hier besteht Verbreiterung des Rückenmarks. Auf dem Querschnitt findet sich in der l. Hälfte des Rückenmarks ein Tumor, der die rechte Hälfte verdrängt hat, der aus Rinde und Kern besteht, letzterer aus Käse gebildet. Querdurchmesser des Brusttheils 8 Mm., oberhalb des Tumors 9 Mm., unterhalb 10 Mm., in der Lendenanschwellung 12 Mm. Querdurchmesser des Tumors im oberen Theil 14 Mm., im unteren 15 Mm., Dicke des Rückenmarks oberhalb des Tumors 5 Mm. Die Länge der Anschwellung misst 19 Mm.

Der dritte Fall betrifft eine $5^1/_2$ jährige Patientin, die im Mai 1883 einen leichten Scharlach durchmachte und 3 Wochen später mit acuter Nephritis in's Spital kam. Sie erkrankte an Meningitis tuberculosa, und bei der allgemeinen Hauthyperästhesie dachte man an gleichzeitige Erkrankung der Rückenmarkshäute. Patientin konnte noch 2 Tage vor ihrem Tode gehen, allerdings schwankend, was mit ihrem elenden Zustande in Zusammenhang gebracht wurde. Es fehlten alle Symptome, die auf Tumor des Rückenmarks deuteten. Man fand bei der Section einen Tumor an der Grenze zwischen Brust und Lendenmark, inmitten erweichter Substanz und fast die ganze Hälfte des Rückenmarks einnehmend, er hat im transversalen Durchmesser 5 Mm., im sagittalen $3^1/_2$ und ist 4 Mm. hoch. Ferner liegt ein kleiner 11 Mm.

unterhalb dieses, auf der anderen Seite des Rückenmarks, das linke Vorderhorn einnehmend; er ist nicht ganz linsengross, rundlich und misst nicht ganz $1^1/_2$ Mm. im Durchmesser. Den Umstand, dass bei dieser Patientin keine Lähmungserscheinungen auftraten, bringt Vortr. in Zusammenhang mit Versuchen von Osawa im Goltz'schen Laboratorium, welcher annimmt, dass es motor. Bahnen gibt, die nicht gradlinig von oben nach unten, sondern von vorn nach hinten und umgekehrt geschlängelt verlaufen. —

An diese Reihe intramedullarer Tumoren reiht Vortr. noch einen Fall peripachymeningitischer, die wegen der secundären Veränderung im R.-M. von Interesse sind. Der Fall ist in Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten vom Vortr. bereits mitgetheilt und wird jetzt wieder erwähnt, weil die genauere microscopische Untersuchung zu dem Ergebniss führte, dass eine Entartung der ganzen weissen Substanz des Markes an Theilen des Rückenmarkes zu Stande gekommen war, welche der Ausdehnung der auf der Dura mater liegenden Granulationsmassen entsprachen, dass aber der degenerative Process nach oben und unten annähernd nur diejenigen Bahnen ergriffen hatte, welche bei der secundären Degeneration in der Regel befallen werden.

Die Schlussfolgerungen, welche Vortr. aus den Krankengeschichten zieht, sind folgende: 1) Rückenmarkstumoren sind in den Fällen zu diagnosticiren, wo bei sonst ganz gesundem Organismus, bei dem Mangel mschanischer Insulte, ohne nachweisbare Ursache plötzlich heftige excentrische Schmerzen und motorische Störungen auftreten, die im weiteren Verlauf unter dem Bilde einer Apoplexie zu fortschreitenden Lähmungen Veranlassung geben. 2) Solitäre Rückenmarkstuberkel lassen sich nur ausnahmsweise bei gleichzeitiger Tuberculose anderer Organe, speziell einer Cerebro-spinal-Meningitis mit einiger Wahrscheinlichkeit diagnosticiren. Anhaltspunkte sind excentrische Schmerzen in einer Extremität mit Formicationen, allmälich fortschreitende Lähmungen. Bei Tumoren in den unteren Parthien des R.-M. zwischen Brust und Lendenmark kann die Symptomatologie eine vollkommen negative sein. 3) Bei peripachymeningitischen Auflagerungen entwickeln sich ganz der secundären Degeneration analoge Veränderungen, selbst wenn eine Continuitäts-Unterbrechung der Rückenmarkssubstanz nicht vorhanden ist. —

H. Ranke (München): *Ueber cerebrale Kinderlähmung.*

Vortrag. hält es für Strümpell's Verdienst die acute Encephalitis der Kinder, welche ebenso wie die acute Poliomyelitis essentielle Kinderlähmung zur Folge hat, klinisch genau abgegrenzt zu haben. Er giebt eine kurze Beschreibung der Krankheit, die ohne nachweisbare Ursache, ohne hereditäre Anlage jüngere Kinder befalle. Es kommt hier zum Unterschiede von der Poliomyelitis nie zur Entartungsreaction; die Lähmung ist mit Spannung verbunden und die Sehnenreflexe sind auf der gelähmten Seite gesteigert; viele Patienten werden später epileptisch oder athetotisch, auch kommen Störungen der Intelligenz vor. Die Sensibilität der gelähmten Seite ist wesent-

lich vermindert, Störung des Muskelsinns findet sich nicht. Sitz der Krankheit ist die motor. graue Substanz des Hirns. Vortr. beobachtete im letzten Sommer 9 Fälle von Poliomyelitis und 9 Fälle von Encephalitis. 6 von letzterer Krankheit gehörten der hemiplegischen, 3 der monoplegischen Form an; in 3 Fällen schien die Krankheit angeboren zu sein. Ueber das Initialstadium war gewöhnlich nichts Genaues zu erfahren. Bei den hemiplegischen Fällen war stets der Arm am meisten afficirt. Stets wurde eine Wachsthumshemmung, namentlich der Muskeln und Knochen beobachtet, während das Fett gut entwickelt blieb. In fast sämmtlichen Fällen traten athetotische Bewegungen in der Hand auf, bei dreien auch Andeutung von Athetose im Fuss. In zweien der hemiplegischen Fälle Störung der Intelligenz im geringen Grade, in einem Falle 4 Jahre nachher Epilepsie. In einem Falle brachialer Lähmung war keine Athetose nachzuweisen. — Die Lähmung war nicht schlaff, sondern gespannt, Sehnenreflexe nicht bestimmt gesteigert. Sensibilität der gelähmten Glieder wenig gestört. Muskelsinnsstörung nicht nachzuweisen; Facialis war nie betheidigt. Es fand sich keine nachweisbare wesentliche Verschiedenheit in der electrischen Reaction, keine Entartungsreaction. Die Symptome deuten mit Bestimmtheit auf Sitz in der Hirnrinde. In den Fällen, wo angeborene Lähmung nach Angabe der Eltern vorhanden war, sollen die Kinder apoplectisch zur Welt gekommen sein. Die Asphyxia neonatorum scheint überhaupt dem Vortr. ein wesentliches ätiologisches Moment zu sein. Vortr. findet keinen zwingenden Grund für die Annahme eines infectiösen Agens. In einem Falle glaubt Vortr. Erkältungsursachen nachgewiesen zu haben. (Das Kind war in eine Jauchegrube gefallen.)

Discussion: Hagenbach (Basel) macht darauf aufmerksam, dass Roth schon 1873 einen Fall von spinaler Kinderlähmung secirte, in welchem sich Veränderungen im Gehirn vorfanden, welche Virchow's acuter Encephalitis der Kinder entsprach.

Förster (Dresden) macht auf die Möglichkeit aufmerksam, dass der Fall von Erkältung dennoch auf Infection zurückgeführt werden könne, da das Kind in eine Jauchegrube fiel.

Aus der Section für innere Medicin.

Schuster (Aachen): *Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirnes und Rückenmarkes in Folge von Syphilis.*

Vortrag. erzählt die Krankengeschichte eines 32 Jahre alten Patienten, der vor 6 Jahren an Insomnie und Hypochondrie gelitten (hereditäre Belastung? Ref.), im Jahre 1883 sich syphilitisch inficirt hatte. 5 Monate vor seiner Behandlung in Aachen, spürte er neben erschwertem Gehen und Schreiben, Zittern in Händen und Beinen. Schwanken bei geschlossenen Augen. Erhöhte Kniereflexe, beiderseits heftiger Fussclonus, rechts am stärksten. Stark erhöhter Abdominalreflex. Zittern, welches bei intentirten Bewegungen stärker wird, besteht in beiden Händen, Armen, Schultern, Hals und Gesicht. Klopfen auf musc. biceps ruft neben starken Armreflexen klonische Krämpfe

der Thoraxmuskeln hervor. Die Augäpfel machen Sägebewegungen. Schrift sehr zittrig, erschwertes Sprechen, selten Stottern, zuweilen Ohrenschmerz und erschwertes Hören. Schmerhaftigkeit der unteren Halswirbel, aller Dorsalwirbel bis zum ersten Lendenwirbel inclus. Krämpfe in der Magengegend mit Intercostalschmerzen. Gürtelgefühl. Manchmal unwillkührliche Streckungen in Armen und Beinen, Einreibungscur und Bäder von 28° R. $2^1/_2$ Monate lang. Der Erfolg war, dass Pat. besser gehen konnte, Fussphänomen geschwunden, erhöhte Patellarreflexe bestehen fort. Zittern in den verschiedenen Muskeln geschwunden, selten sind noch Zuckungen durch die Arme. Wirbelsäule nicht mehr empfindlich. Pat. reiste in seine Heimath und Vortrag. sah ihn in diesem Sommer wieder. Gehen ist viel freier, bei geschlossenen Augen ist dasselbe noch schwankend, Lauf- und Drehbewegungen sind unmöglich, Stösse in den Beinen schwächer wie früher. Zittern des Kopfes und der Augenlider, wenn Kopf bei geschlossenen Augen ruhig gehalten werden soll. Eine erneute Cur hatte zum Erfolg, dass Zittern überall verschwand. Pat. kann Dreh- und Laufbewegungen machen. Stehen auf rechtem Fusse bei geschlossenen Augen noch mangelhaft. Gang etwas schwerfällig. Beim Aufstehen und Niederlegen tritt Steifigkeit in den Beinen mit unwillkührlichen Streckungen ein. Die hier nicht näher angegeben syph. Erscheinungen sind geschwunden. Vortrag. hält den Fall für multiple Sclerose, die auf Syphilis beruhte. Letzteres schliesst er aus dem Besserwerden der Erscheinungen nach der specif. Cur.

Discussion: Rumpf (Bonn) glaubet nicht, dass der vorgetrag. Fall ein solcher von typischer multipler Sclerose gewesen sei: sowohl die einzelnen Symptome als auch der Verlauf der Erkrankung sprechen dagegen. Es handle sich vielmehr um mehrere syphil. Herde.

Renz (Wildbad) erwähnt aus reicher Erfahrung, dass er bei multipler Sclerose nie Erfolge von warmen Bädern gesehen und nimmt daher schon ex juvantibus an, dass es sich um einen syphilit. Prozess von mehrfacher Localisation gehandelt habe.

Th. Rumpf (Bonn): *Ueber syphilitische Monoplegien und Hemiplegien.*

Vortr. benutzte 4 Fälle syphilitischer Erkrankungen der Hirnrinde zur Entscheidung über die Frage der Identität der motor. Centren mit der Fühlssphäre. Ein Fall von traumatischer Verletzung der Centralwindungen hatte nämlich keinerlei Sensibilitätsstörungen ergeben.

Der erste Fall betrifft einen 38jährigen Herrn, der seit 3 Monaten an einer Monoplegie des l. Armes litt. Dieselbe war begleitet von klonischen Zuckungen des gelähmten Armes. Lues im 24. Jahre. Keine Atrophie des Armes, aber gesteigerte Sehnenreflexe und Muskelspannungen. Der zweite Fall betrifft einen Herrn, der ebenfalls im 24. Jahre luetisch wurde und im 42. epileptische Anfälle bekam. Letztere begannen mit Zuckungen im l. Bein. Es trat eine Monoplegie des l. Beines ein, die Anfälle bestanden fort. Sehnenreflexe

gesteigert, Muskelspannungen deutlich. Die Prüfung der Sensibilität bei beiden Fällen ergab Geruch, Geschmack, Gehör, Sehvermögen intakt. Auch die Untersuchung der monoplegischen Extremitäten mit dem Tasterzirkel, mit dem Hering'schen Aesthesiometer ergab keine Abweichung von der Norm. Ebenso war die electrocutane Sensibilität, die Temperaturempfindung, das Druckgefühl auf beiden Seiten gleich und das Gefühl für die Lage und Stellung der Glieder war normal. Vortr. schliesst daher aus diesen Fällen reiner motor. Monoplegieen, dass das sog. motor. Centrum mit der Fühlssphäre nichts zu thun hat. Die beiden folgenden Fälle sollen nun Erkrankungen der Fühlssphäre vorstellen ohne Betheiligung der motor. Centren. Ein Herr von 32 Jahren war im 26. Jahre luetisch geworden; unter meningitischen Reizungserscheinungen trat im Laufe von 48 Stunden eine eigenthümliche Parese des l. Armes auf. Er konnte alle Bewegungen machen, hatte aber das Gefühl, ob Hand kalt und eingeschlafen sei. Motor. Kraft beiderseits gleich. Bewegungen sind insgesammt etwas langsam. Sensibilität zeigt beträchtliche Herabsetzung an den Fingern, der Hand und dem Vorderarm. Schmerzempfindung intact. Herabgesetzt ist Gefühl für Lage und Stellung des Arms, der Hand und der Finger. Feinere Bewegungen des l. Armes bei geschlossenen Augen sehr erschwert. Muskulatur nicht atrophisch. Electrische Erregbarkeit normal. Während der Untersuchung Krampfanfall, wobei Ziehen durch den Arm angegeben wurde, Finger stellten sich in Medianus-Beugestellung und nach kurzer Zeit kamen einige schüttelnde Bewegungen des Vorderarms. Anfall, der nach 10—12 Secunden vorüber war, ging ohne Bewusstseinsverlust einher. Der zweite Fall war ganz ähnlich. Pat. 49 Jahre alt, hatte im 22. Jahre Syphilis acquirirt. Im 48. Jahre trat das jetzige Leiden zuerst auf: plötzlich auftretende Anfälle, welche den l. Arm betrafen, Gefühllosigkeit desselben mit gleichzeitigem Kribeln und abnormen Sensationen. Motilität nicht abnorm, geringere motor. Kraft links; Sensibilität des l. Armes beträchtlich herabgesetzt. Diese Fälle fasst Vortr. als Rindenerkrankungen der Fühlssphäre auf.

Schultze (Heidelberg): *Neuer Befund bei progressiver Muskelatrophie.*

Vortr. knüpft seine Bemerkungen an einen in Friedreich's bekanntem Buche beschriebenen Fall an, welcher nachdem er schliesslich eine allgemeine Hypertrophie bekam, an Bronchitis zu Grunde ging. Beiläufig bemerkt, bekam der Pat. einmal Pleuritis, und trotzdem bei dem Manne fast alle Muskeln fehlten, trat dennoch Temperaturerhöhung ein. Dies spricht gegen Zuntz und weist darauf hin, dass im Innern Momente liegen, die zur Temperaturerhöhung führen. Im allgemeinen glich der Fall der Pseudohypertrophie der Kinder. Es fand sich bei der Untersuchung in gewissen Muskeln Entartungsreaction. Friedreich nahm an, dass eine Veränderung im Rückenmarke nicht statt habe und es ergab jetzt der anatomische Befund, wie bei der Pseudohypertrophie ganz intakte Ganglienzellen und Nervenfasern. Die Pseudohypertrophie, sowie die hereditäre Muskelatrophie haben übrigens

mit einer primären Affection der Nerven nichts zu thun. Ueberhaupt handelt es sich zwischen beiden Krankheiten nur um Varietäten einer und derselben Form. Im vorliegenden Falle war von hypertrophischen Muskelfasern nichts zu finden, der letzte Rest, den man von Muskeln sehen konnte, bestand in einer grossen Anhäufung von Muskelkernen und daneben ein wenig Muskelprotoplasma, zwischen den Muskelfasern kein Bindegewebe, nur noch Fett. Von der *juvenilen Form* (Erb), bei der zuerst die Schultermuskeln ergriffen werden, liegen Sectionsbefunde nur wenige vor. Unser Fall hat Aehnlichkeit mit dieser Form, in so fern er in der Jugend begann (Dauer 20 Jahre). Analoge Fälle sind von Lichtheim, von Kahler von Erb u. Schultze früher beschrieben. Der Unterschied zwischen Neuropathie und Myopathie kann eine Zeit lang schwierig sein, namentlich bei Fällen, die sich in der Jugend entwickeln und namentlich auch, wenn einmal die Myopathie an den Handmuskeln einsetzen, oder auch wenn sie an den Schultermuskeln beginnen und sehr langsam verlaufen sollte.

Discussion. Erb hat den Fall ebenfalls mit grossem Interesse verfolgt. Er bekam bei der klinischen Untersuchung den Eindruck, dass es sich um einen Fall von „Dystrophia muscul. progressiv." handle. Die constatirte Entartungsreaction liess jedoch den Fall nicht ganz klar erscheinen. In der klinischen Auffassung ist er mit dem Vortr. einverstanden.

Aus der gynäkologischen Section.

H. W. Freund (Strassburg): *Ueber die feineren Veränderungen der Nervenapparate im Parametrium bei einfacher und parametritischer Atrophie.*

Vortrag. untersuchte die in Frage kommenden Nervenapparate bei der Parametritis chronica atrophicans. Es betrifft das Ganglion cervicule uteri, das Frankenhäuser'sche Ganglion, ein Complex von sympathischen und spinalen zur Gebärmutter ziehenden Nervenfasern, von reichlichen Ganglienzellen, von peri- und endoganglionären Bindegewebe und einem ziemlich ausgebreiteten Gefässnetz. Diese Zusammensetzung des Ganglions disponirt zu Erkrankungen, die noch vermehrt wird durch seine exponirte Lage in den Seitenwänden der Scheide und in dem die Seitentheile des Cervix bis zum Mastdarm hin umgebenden Bindegewebe. Microscopisch ist das Ganglion charakterisirt als wohl contourirtes Organ, durch das die Nervenästchen zum Uterus ziehen. Die Ganglienzellen sind polygonal, meistens mit 2 Fortsätzen; der Kern ist gross, das Kernkörperchen deutlich. Die Nerven sind breite, doppeltcontourirte Stämmchen, mit welligem Verlauf, in ihrem Verlaufe erblickt man hie und da eingestreute Ganglienzellen. Ein Schnitt durch das Parametrium *normaler puerperaler* Genitalien zeigt eine Vermehrung sämmtlicher nervöser Apparate. Die Zellen sind beträchtlich an Grösse, Dicke und Zahl gewachsen. Die Nervenzweige machen einen fast fettglänzenden Eindruck und tragen mehr Ganglienzellen als in der Norm. Gefässe sind erweitert, vermehrt und stark gefüllt. Es tritt eine fettige Metamor-

phose auf, wovon die central gelegenen Zellen des grossen Hauptganglions verschont bleiben. Diesem Verhalten sehr ähnlich sind die Veränderungen bei der einfachen Atrophie des Beckenbindegewebes. Aehnlich wie bei der puerperalen normalen Involution zeigten sich hier die Ganglienzellen zum Theil mit dunkeln Körnchen gefüllt, welche Fetttröpfchen darstellen. Zum Unterschiede aber von jener sind die Zellen hier an Zahl und Grösse vermindert, ist die polygonale Gestalt häufig in eine abgerundete verwandelt, Kern und Kernkörperchen nicht immer deutlich nachweisbar. Glänzende kleine Schollen im Bezirke des Ganglions sind vielleicht als Zell- oder Kernreste anzusehen. Auch die Nervenästchen sind verschmälert und zeigen Fetteinlagerungen. Der Untergang eines Theiles der nervösen Elemente wird ohne Zweifel weitere Abschnitte des Nervensystems in Mitleidenschaft ziehen und die Bedingungen abgeben für das Zustandekommen von Reflexneurosen.

Bei der zweiten Form der Atrophie des Beckenbindegewebes, der sogenannten Parametritis chronica atrophicans, verhalten sich die Nervenapparate im Parametrium durchaus anders. Das Nervengeflecht ist bei nicht hochgradiger Affection inmitten des narbigen, sclerosirten Bindegewebes eingeengt und eingedrückt. Der normal elliptische Contour des Ganglions ist eingebogen und verschmälert. Die Bindegewebsringe um die einzelnen Ganglienzellen finden sich nicht mehr. Die letzteren sind geschrumpft, nicht mehr polygonal. In hohen Graden der narbigen Schrumpfung ist von einem circumscripten Contour des Ganglions nichts mehr zu sehen, die Ganglienzellen sind durch die Stränge der vereinigten Massen des interganglionären und des periganglionären Bindegewebes zusammengedrückt. Zellen sind spärlich und gelb pigmentirt, Kern ist kaum zu erkennen. Austretende Nerven sind spärlich, schmal, ohne Ganglienzellen. Der schwer erkrankte Nervenapparat wird im spinalen, sympathischen und cerebralen Nervengebiete Störungen veranlassen. Für die Formen von *Hysterie*, welche im Gefolge einer Parametritis chronica atrophicans auftreten, lässt sich die Erkrankung des Ganglion cervicale uteri somit direkt als Ursache erweisen.

Am Schlusse unseres Berichtes können wir uns einige allgemeine Bemerkungen nicht versagen. Zunächst müssen wir den wunden Punkt der Zersplitterung in den Sectionen, den auch Virchow diesmal in seiner „allgemeinen“ Rede erwähnte, noch einmal berühren. Unseres Erachtens wäre es z. B. ein Leichtes gewesen, die in der inneren Section angekündigten neurologischen Vorträge so zu legen, dass es den Mitgliedern *der* Section, die sich gewiss ebenso sehr, wie die inneren Mediciner dafür interessirten, möglich gewesen wäre, sie zu hören. Wenigstens hätte man die Zeit mittheilen sollen, wann sie gehalten wurden. Aber der letzte Umstand scheiterte an dem zweiten wunden Punkt, an der Ueberhastung, mit welcher das „Tageblatt“ hergestellt wurde! All' die aufgewandte Mühe, das nächtliche Sitzen und Schwitzen, ist leider vergebens gewesen. Das Tageblatt soll als Führer dienen, soll die Programme der Sitzungen etc. rechtzeitig kundgeben. Es kann nie-

mand daran liegen, schon am zweiten Tage die gedruckten Reden in Händen zu haben, man liest sie ja doch am Orte der Versammlung nicht. Den Druck der Reden und Vorträge möge man in aller Ruhe später besorgen, dann werden auch die sinnentstellenden Druckfehler, unter denen die Autornamen grässlich zu leiden haben, zu vermeiden sein, dann wird auch der Bericht beispielsweise der neurolog. Section nicht mit einer noch dazu ganz verworrenen *Discussion* anfangen. Ausserdem haben wir ja die letzten Nummern doch erst fast 4 Wochen nach Schluss erhalten.

Wir wollen übrigens nicht mit einem Tadel schliessen, sondern gerne anerkennen, dass die Versammlung im allgemeinen höchst befriedigend verlaufen ist, dass recht viel gearbeitet worden ist und dass allgemein die Ansicht herrschte, diese Versammlung gehöre mit zu den gelungensten ihrer Art. Obige Bemerkungen machten wir nur in der Absicht, dass an zuständiger Seite in Zukunft Remedur geschafft würde.

II. Referate und Kritiken.

487) **H. Chiari**: (Ueber ein Fall von Luftansammlung in den Ventrikeln des menschlichen Gehirnes.) (Zeitschr. für Heilkunde Bd. V. Heft 4 und 5. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1885. 21.)

Pat., 37 Jahre alt stammt aus tuberculös belasteter Familie, hat im 27. Lebensjahre öfter an Ohnmachten gelitten und ist sehr anämisch gewesen, erholte sich aber später. März 1883 wieder Ohnmachten mit Erbrechen. Weihnachten 1884 stellten sich Kopfschmerzen und Uebelkeiten mit Brechneigung ein, auch zeitweiliges Nasenbluten und schliesslich ein ausnehmend reichlicher constanter „Schleimabgang“ aus der Nase. Dabei zunehmende Apathie. Am 26. December plötzlicher Verlust des Bewusstseins, welches bis zum Tode am 4. Januar 1885 nicht wiederkehrte. In der Klinik des Prof. Pribram, wo Pat. 4 Tage gelegen hatte, beobachtete man ausser tiefem Sopor, Lähmungen verschiedener Muskelgruppen und bedeutende Herabsetzung der Hautsensibilität. Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Haemorrhagia cerebri.

Sectionsbefund (23 Stunden p. m.): Fehlen jeglicher Fäulnisserscheinungen. Geheilte Lungenspitzentuberculose. Nach Entfernung des Schädeldaches; Starke Spannung der Dura, Pia zart und blass, Windungen abgeplattet, über dem linken Stirnlappen Fluctuation. Durch Horizontalschnitt in der Höhe des Corpus callosum werden dann freigelegt die stark ausgedehnten Seitenventrikel und der ebenfalls ausgedehnte 3. Ventrikel, sowie eine gänseeigrosse Höhle im linken Stirnlappen. Alle diese Hohlräume weisen als Inhalt Luft und eine kleine Menge trüben Serums auf. Das Ependym der Ventrikel stark verdickt und blass. Nur der 4. Ventrikel zeigte normale Verhältnisse. Der erwähnte Hohlraum im Stirnlappen war von einer festen Membran ausgekleidet, welche den makro- und mikroskopischen Charakter einer pyogenen Abscessmembran aufwies. Der Boden desselben, entsprechend

dem Gyrus orbitalis, zeigte sich sehr verdünnt, mit Pia und Dura verwachsen und trichterförmig durch eine hanfkorngrosse Lücke im Schädel bis in eine der Siebbeinzellen ausgezogen, gegen welche hin er eine miliare Oeffnung aufwies. Gerade über dem Kopfe des Nucleus caudatus fand sich ferner eine halberbsengrosse Communicationsöffnung nach dem Seitenventrikel mit unregelmässig zerissenen, theilweise hämorrhagisch infiltrirten Rändern. An der Hirnbasis, auch um jenen Trichter herum, ziemlich umfangreiche Cholesteatommassen.

Zur Deutung dieses Falles nimmt Verf. an, es habe ein alter Abscess bestanden, welcher sich um Weihnachten unter Lufteintritt allmälich durch die Nase entleerte (wozu sich übrigens Analogien in der Literatur finden), worauf dann schliesslich der terminale Durchbruch des hydrocephalisch ausgedehnten Ventrikels erfolgte. E.

---

488) **W. Suckling**: Case of pachymeningitis cervicalis hypertrophica. (Fall von Pacchymeningitis cervicalis hypertrophica.) (Brain, April 1885.)

Die Diagnose ist nur eine klinische. Ein 18 jähriger Bursche zeigte bei der Aufnahme strabismus int. des linken Auges; torticollis nach rechts, Paralyse und Contractur beider Beine mit Zuckungen in denselben. Die Arme waren sehr muskelschwach. Die Affection hatte zwei Jahre vor der Aufnahme angeblich nach einem Fall mit allmählicher Lähmung des rechten Armes, Taubheitsgefühl und Anästhesie desselben begonnen sowie mit Schmerz im Nacken und Hinterhaupte, entlang dem n. occip. magn. und dem dritten n. cervic. Nach 2—3 Monaten erkrankte der linke Arm in derselben Weise. Die Lähmung der Arme besserte sich mit dem Uebergreifen auf die Beine. Die Sensibilität war bei der Aufnahme normal. Nach Behandlung mit Jodkali war Pat. im Stande an Krücken zu gehen uud die grobe Kraft der Arme wurde nahezu normal. Das linke Bein magerte ganz erheblich ab, ohne dass ein abnormes electrisches Verhalten bestand. Der Strabismus datirte von einem Falle auf den Hinterkopf im 5. Lebensjahre. Matusch (Sachsenberg).

---

489) **E. Bompard** (Paris): Myélite subaigue consécutive à une névrite du nerf sciatique. Mort. Autopsie. (Subacute Myelitis in Folge einer Entzündung des Nerv. ischiadicus. Tod. Autopsie.) (Gaz. des Hôp. 1885 Nro. 118.)

Nach Leyden entsteht durch Fortpflanzung der Entzündung des Nerv. ischiadicus auf die Medulla spinal. Myelitis, eine Behauptung, welche die von Tresler und Feinberg angestellten Thier-Experimente beweisen, bei welchen Reizung jenes Nerven Erweichung des Lendenmarks zur Folge hatte. Ferner bestätigen dies die Experimente Hayem's, nach welchen Zerrung und selbst einfache Durchschneidung eines dieser Nerven zu einer diffusen Myelitis Anlass geben. Auch Klemm gelangte nach der Einspritzung einer Solutio arsenicalis in das Neurilemma dieser Nerven zu gleichen Resultaten.

So sehr auch alles für diese Anschauungsweise spricht, so ist doch bis jetzt für den Menschen ein directer Beweis nicht geliefert. Verf. bringt einen solchen durch die Veröffentlichung eines derartigen von ihm beobachteten und durch die Section constatirten Falles.

Pauli (Köln).

---

490) **William S. Porter** (Sheffield): Saturnine encephalopathy. (Encephalopathie in Folge von Bleivergiftung.) (The Lancet. 1885, 19. Sept.)

Wie P. wähnt, gehören zu den selteneren Consecutivzuständen der Bleiintoxication eine Abschwächung der intellectuellen Fähigkeiten sowie diejenige Form von Psychose, die, gleich Delirium tremens von Tremor artuum begleitet, sich meist unter dem Bilde von Verfolgungswahn manifestirt und in der Regel eine günstige Prognose zulässt.

Zu den der Literatur entnommenen hierhergehörigen Fällen fügt P. noch zwei von ihm selbst beobachtete. Pauli (Köln).

---

491) **Emil Nilsson**: Tva fall af meningitis tuberculosa med dodly utgang, ett fall behandladt med jodo forming nidning-helse. (Behandlung der Meningitis tuberculosa mit Jodoform.)

N. veröffentlicht in der „Hygiea“ 3 Fälle von Meningitis tuberculosa, von denen 2, die ohne Jodoform behandelt wurden, letal endeten, während bei dem dritten, wo eine 10prozentige Jodoformsalbe angewendet wurde, Genesung eintrat.

Der Vater der Kinder stammt aus gesunder Familie, die Mutter aus einer an Tuberculose fast ausgestorbenen. Zwei Kinder starben früher an Brustaffectionen, eines im Jahre 1874, das andere im October vergangenen Jahres. Die 2 lethal endenden Fälle von Meningitis tuberculosa betrafen einen Knaben von 6 Jahren und ein einjähriges Mädchen.

Ende October vergangenen Jahres begann der Knabe zu kränkeln, er wurde verdriesslich, leicht zum Zorne geneigt, der Schlaf wurde unruhig und durch öfteres Zähneknirschen und Schreien unterbrochen. Da sich keine anderen beunruhigenden Symptome zeigten, wurde erst Anfangs December, wo Erbrechen und Schmerzen im Kopfe und in der Magengrube eintraten, ärztliche Hilfe gesucht. Puls 100, Temperatur 38°. Die Pupillen reagiren träge. Bald gesellten sich Krämpfe in den Armen und Beinen hinzu, und gaben die Eltern an, dass das Kind die Augen verdrehe.

Den darauffolgenden Tag trat ein soporöser Zustand ein, der Kopf wurde zuweilen von den krampfhaft zusammengezogenen Nackenmuskeln nach rückwärts gezogen, und auch andere Muskelgruppen zeigten eine krampfhafte Spannung. Bei Berührung, oder bei stärkeren Geräuschen, z. B. dem Oeffnen der Thüre wurden die Krampfanfälle hervorgerufen und gesteigert. Die Bulbi standen fortwährend nach einer Seite hin rotirt. Der Sopor wurde tiefer, an der rechten Körperhälfte zeigte sich Parese, und nachdem das Cheyne-Stokes'sche Phänomen, das durch volle 2 Tage andauerte, eingetreten war, verschied der Patient am 30. December.

In gleicher Weise erkrankte ein einjähriges Mädchen und erlag Ende Januar unter denselben Symptomen verlaufenden Krankheit.

Zur Weihnachtszeit wurde zum Schrecken der Eltern ein drittes Kind, ein 8jähriger Knabe blass und in seiner Gemüthsstimmung verändert. Obzwar er im Anfange noch die Schule besuchte und der Appetit gut war, zeigten sich doch Symptome von Abnahme der Kräfte. Der Schlaf wurde unruhig und durch häufiges Schreien unterbrochen. Die Stuhlentleerungen erfolgten seltener und träger. Als zu diesen Symptomen heftiges Erbrechen und Kopfschmerz hinzukamen, verloren die Eltern alle Hoffnung auf Genesung. Das Erbrechen hörte zwar bald auf, doch lag der Kranke fortwährend wie im Halbschlummer und gab nur hie und da durch Schütteln des Kopfes Antwort auf die an ihn gestellten Fragen. Die Respiration war regelmässig nicht beschleunigt, doch zuweilen wie seufzend und unterbrochen. Puls ungefähr 80. Die Temperatnr schwankte zwischen 37.9 und 38.5. Auf Ordination von Calomel und Jodkalium trat keine Besserung ein, sondern der Zustand blieb ungefähr eine Woche unverändert. Am 8. Tage, nachdem der Patient das Bett aufsuchen musste, verschlimmerte sich die Krankheit, das Kind wurde mehr soporös, schien die Eltern nicht mehr zu erkennen, und konnte weder Nahrung noch Medicin nehmen. Die Pupillen waren zwar gleich weit, doch standen die Bulbi fortwährend nach oben rotirt und erschwerten die Besichtigung der Pupillen. Statt der früheren Blässe zeigte sich nun zuweilen eine fliegende Röthe auf dem Gesichte des Kranken, wobei sich Patient unruhig hin und her warf. Bald traten auch Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten hinzu, die immer von dieser Röthe begleitet waren und sich bei Berührung oder bei Geräuschen und wenn man dem Patienten zu trinken gab, steigerten. Auch an den Gesichtsmuskeln traten Convulsionen ein.

Nur mit Widerstreben gestatteten die Eltern, die an den Symptomen die Krankheit und ihren Verlauf erkannten, die Anwendung von Jodoformsalbe. Dieselbe wurde in der Stärke von 1 auf 10, nachdem das Haar abgeschnitten worden war, gründlich und reichlich auf den Kopf eingerieben und derselbe mit einer dicht anliegenden Mütze von Wachstaffet bedeckt. Die Einreibung wurde 3--4mal wiederholt und die Mütze durch 38 Stunden unverrückt liegen gelassen. Schon nach Verlauf von einem Tage wurden die Krampfanfälle milder und seltener, die Röthe im Gesichte stellte sich zwar ein, verschwand jedoch rascher. Als erstes Symptom der Besserung merkten die Eltern, dass die Reizbarkeit und Auslösung der Krämpfe bei Geräuschen verschwand. Allmählig wurde das Kind lebhafter, öffnete die Augen und folgte den Bewegungen der Eltern, die nun hocherfreut, die Einreibungen fleissig fortsetzten.

Nach 38 Stunden wurde die Jodoformmütze entfernt, und der Kopf gründlich mit Seifenwasser, Alcohol und Essigäther gereinigt. Das Gesicht zeigt nun eine constante Röthe, die Augen waren lebhaft injicirt und thränten, heftiger Schnupfen mit stark gerötheter und geschwellter Oberlippe nebst einem reizenden Husten stellten sich ein.

Der Patient zeigte nun starke Unruhe, die sehr gegen den früheren soporösen Zustand abstach. Bei vollem Bewusstsein klagte er nun über starke Schmerzen über der Stirne und dem Nasenrücken. Nachdem diese Symptome verschwunden waren, wurde Syrup. Ferri jodat. gereicht; die Genesung schritt ununterbrochen vorwärts, und Anfangs März konnte der Patient in Freiem verweilen. Er ist auch jetzt gesund und sieht nach Aussage der Eltern besser, als früher, aus.

Da auch Dr. Sondén über einen anderen Fall, der fast verzweifelt aussah und dessen Diagnosse von Abelin und Waern bestätigt wurde, Günstiges nach der Anwendung von Jodoform berichtete, so dürfte es wohl angezeigt sein, dieses Mittel bei der so oft pernicös verlaufenden Krankheit öfters zu versuchen. E.

---

492) **Hardy** (Paris): Des accidents secondaires et tertiaires de la Dyspepsie. (Secundäre und tertiäre Zustände der Dyspepsie.)
(Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 107.)

Ebenso wie Störungen des Nervensystems zuweilen Dyspepsie hervorrufen, ebenso verhält es sich auch umgekehrt.

Zu diesen Folgezuständen gehören in erster Linie Dyspnoë, Herzklopfen und intercostale Neuralgien, welche dadurch zu Stande kommen, dass der dilatirte Magen das Diaphragma nach oben drängt und so die Lungen comprimirt. Ferner gehören dazu ein trockener Husten, sog. Magenhusten, der auf einer Alteration der zum Larynx verlaufenden Magennerven beruht, sowie das aus einer Läsion des Nerv. phrenicus entstandene häufige Gähnen.

In anderen Fällen sind es Traurigkeit, Hypochondrie, Schläfrigkeit, Unfähigkeit zu geistigen Arbeiten, Monomanien, die in der Dyspepsie das causale Moment finden.

Dagegen sollen dies die Hautkrankheiten, Urticaria ausgenommen, niemals thun. Pauli (Köln).

---

493) **Albert Mathieu** et **Julien Weill** (Paris): Étude sur certains oedèmes névropathiques. (Studien gewisser neuropathischer Oedeme.)
(Archiv. gén. de med. August 1885.)

Obgleich schon von Portal, Lallemand und Gintrac auf die Coexistens seröser Ergüsse in das subcutane Bindegewebe und gewissen pathologischen Zuständen des Nervensystems hingewiesen, so war doch Ranvier der Erste, welcher die Abhängigkeit jener von diesen an der Hand des Experiments festgestellt hat.

Dasselbe macht es mehr als wahrscheinlich, dass das Nervenleiden eine trophische Störung der in seiner Nähe befindlichen Capillaren und damit eine Transsudation der serösen Flüssigkeit des Blutes in das subcutane Bindegewebe bewirkt.

Das so entstandene Oedem kann sich schon nach einigen Stunden oder erst nach einigen Tagen oder Wochen plötzlich oder allmählig entweder in der Nähe des afficirten Nerven oder mehr oder weniger weit davon ab bemerkbar machen, mit dem Nachlasse der dadurch her-

vorgerufenen Schmerzanfälle wieder verschwinden oder bald längere bald kürzere Zeit andauern.

Wenn diese Hydropsie in Gliedmassen auftritt, die in Folge einer Läsion des Gehirns oder Marks paralysirt sind, so kommt es darauf an zu entscheiden, ob dieselbe eine active oder eine passive d. h. eine durch venöse Stase bedingte ist. Letztere entsteht erst dann, wenn die betr. Extremitäten atrophisch geworden sind, während erstere vom 2.—10. Tage nach Beginn des idiopathischen Uebels in den höher temperirten Gliedmassen oft neben noch anderen vasomotorischen Störungen erscheint.

Gleich den Läsionen der peripheren Nerven, des Gehirns und Marks verhalten sich nach der gedachten Richtung hin Neurosen, causale Momente, zu welchen Sée noch plötzliche Abkühlung des Körpers und Convalescenz von Scarlatina rechnet.

Hierher gehört ferner eine besondere Prädisposition zu activen Hautödemen (Urticaria).

Endlich beobachten wir zuweilen nach angestrengten Märschen Schmerzen in beiden Kniegelenken und Unterschenkeln und in letzteren seröse Ergüsse, Erscheinungen, die von einigen Aerzten einer Reizung der Medulla, von anderen tief liegenden Varicen zugeschrieben sind.

Wenn auch letztere Anschauungsweise des Beweises entbehrt, so steht doch so viel fest, dass jene Gefässectasien nicht ausschliesslich einer passiven Stase des Blutes, sondern auch einer neuropathischen Disposition ihre Entstehung verdanken, an deren Seite Verff. in Rücksicht auf die Aehnlichkeit der Schmerzen mit rheumatischen noch eine besondere — rheumatoide Form zu setzen geneigt sind, wie ja auch Lancereaux mit Neurose Herpetismus und chronischen Rheumatismus und andere Aerzte Gicht mit Neurasthenie in Zusammenhang bringen.

Pauli (Köln).

---

494) **Ziem** (Danzig): Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase. (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. 1885. Nro. 9.)

I. 40jähriger Holzhändler. Syphilis; abusus spirit. Profuse Eiterung des l. Ohres in Folge von Erkältung. Schon bei Einführung des Ohrtrichters und des Nasenspeculum ausserordentlich schreckhaft und reizbar. Wegen starker Schwellung der l. Nasenschleimhaut Cauterisation der l. unteren Muschel. Pat. erschrickt durch diesen Eingriff ausserordentlich, zittert und braucht längere Zeit zur Erholung. Eingenommenheit des Kopfes, unruhige Nacht. Am nächsten Morgen mehrmals Erbrechen, dann, in der Sprechstunde des Verf. bevor die Untersuchung begonnen hatte, hochgradige Aufgeregtheit, Gliederzittern, wunderliche Gemüthsstimmung, „kurz ein deutlicher Anfall von Delirium tremens“. Nach einigen Tagen Nachlass.

II. 39 jähriger Tischlermeister, Schnapstrinker. Doppelseitige Otorrhoe mit Perforation der Trommelfelle. Hier bricht das Delirium schon aus, als Verf. zur Cauterisation der geschwollenen Nasenschleimhaut mit dem (kalten) Cauter eingehend, die Schleimhaut an einer Stelle leicht verletzte. Ehe die Cauterisation vorgenommen war, springt

Pat. mit irrem Gesichtsausdruck und drohender Geberde plötzlich vom Stuhle und will zu Thätlichkeiten übergehen. Einige Wochen später konnte die Operation ohne jeden Zwischenfall ausgeführt werden, nachdem sich Pat. inzwischen aller (?) Alkoholica enthalten hatte.

III. 41 jähriger Pfarrer. Eitrige perforirende Mittelohrentzündung, Blennorrhoe der Kieferhöhle. Eröffnung der letzteren vom Alveolarfortsatz aus mit Drillbohrer, reichliche Eiterentleerung. Am folgenden Tage bei wiederholter Irrigation springt Pat. mit irrem, fanatischem Blicke und erweiterten Pupillen unversehens vom Stuhle auf und wird thätlich. Schwindel. Dauer des Anfalls $^1/_2$ Stunde. Bei der weiteren Behandlung keine Wiederholung.

Verf. sieht auch in den beiden ersten Fällen nicht den Alkohol als Ursache an, sondern plaidirt in allen 3 Fällen für eine leicht eintretende, durch die Operation veranlasste, nach den Centralorganen hin sich bewegende, mit einer Steigerung des localen Blutdruckes verbundene plötzliche Verdrängung des Blutes aus den operirten Theilen. Er stützt diese Annahme durch weitere Casuistik.

Erlenmeyer.

---

495) **W. A. Guy:** The narrative of Mr. Heaphy the portrait painter, analysed and critically examined. (Die Erzählung des Portraitmalers Mr. H., analysirt und critisch geprüft.) (The journ. of mental science Juli 1885.)

G. erklärt die von dem Maler H. in Dicken's Journal „All the year rond" Nro. 128, 1861 erzählten Erlebnisse für das Product der Hallucinationen eines Geisteskranken. Es wäre ein sehr interessanter Fall, wenn es nur sicher wäre, dass die Erzählung keine Erdichtung ist. Da indessen weder der Erzähler noch die handelnden Personen genauer bekannt sind, kann dem Aufsatz kein wissenschaftlicher Werth beigemessen werden. Matusch (Sachsenberg).

---

496) **Hack Tuke:** Moral or emotional insanity. (The journ. of ment. science Juli 1885.)

Mit Recht betont Tuke, dass der Ausdruck „Moral insanity" unglücklich gewählt ist, wenn er zu der Auffassung führt, dass es sich in allen oder in den meisten Fällen um eine Störung der moralischen Gefühle selbst handelt anstatt um eine Veränderung oder einen Defect in der Fähigkeit zu hemmen (inhibitory power). Dem entsprechend würde nach dem Verf. die Bezeichnung „inhibitory insanity" prägnanter sein. Er gebraucht das Bild eines Gespannes, dessen Kutscher betrunken ist oder schläft, Pferde und Wagen können in bester Ordnung sein, aber sie laufen verkehrt weil die richtige Leitung fehlt. Eine weitere Consequenz dieser Anschauungen ist, dass für eine bestimmte Stärke der Impulse die inhibitory power genügt, sobald diese indessen zu mächtig werden, zur Beherrschung nicht ausreicht. Im Grunde seien die moralischen Gefühle so wenig ergriffen wie die Intelligenz. Die moral insanity kann sich später entwickeln oder angeboren sein und es kann ihr ebenso Epilepsie zu Grunde liegen

als sie das Vorstadium einer anderen geistigen Erkrankung bilden kann. Sie ist von „moralischer Verderbtheit“ nicht immer zu unterscheiden und nur die Berücksichtigung des Individuums, seiner Vorgeschichte, Erziehung, socialen Stellung, des Characters seiner Handlungen und anderer Umstände kann zur Diagnose verhelfen.

Matusch (Sachsenberg).

---

497) **Strahan:** The necessity for hospital treatment for curable cases of insanity. (Die Nothwendigkeit hospitaler Behandlung heilbarer Geisteskranker.) (The journ. of mental science Juli 1885.)

Verf. erhebt gegen den Durchschnitt der englischen Irrenanstalten den schweren Vorwurf, dass sie in Folge ihrer Organisation nicht geeignet seien, die Behandlung acuter Fälle genügend zu leiten; sie seien vorzügliche Plätze für die Pflege Unheilbarer aber nichts mehr und der Dirigent werde binnen Kurzem und auch gegen seinen Willen zum Verwaltungsbeamten. St. schlägt vor, kleine Hospitäler für etwa 30 Kranke, ev. in Abhängigkeit von grösseren Irrenanstalten, die die Verwaltung übernehmen könnten, zu bauen mit einem Arzte, der sich ausschliesslich der Behandlung widmen müsse.

Matusch (Sachsenberg).

---

498) **F. A. Jelly:** A glance at lunacy in Spain. (Ein Blick auf das Irrenwesen in Spanien.) (The journ. of ment. science Juli 1885.)

Das Bild, das J. von dem Irrenwesen entwirft, ist allerdings ein trostloses: die Einrichtung der von ihm besichtigten (bessern) Privatanstalt in der Nähe von Madrid, die Art der Anwendung von Zwang, der Anstaltsarzt, der mit Stolz auf seine Bibliothek von sechs Büchern weist, unter denen sich nur eines in spanischer Sprache, eine Uebersetzung eines Buches von Maudslay, befindet, während das einzige Originalwerk, das in Spanien erschienen ist, eine Arbeit des Leiters der Anstalt, die Psychiatrie in primitivster Form und höchst unwissenschaftlich behandelt, — alles dies zeigt, dass das Irrenwesen in Spanien auf dem denkbar niedrigsten Standpunkte steht.

Matusch (Sachsenberg).

---

499) **Fletcher Beach:** A case of imbecillity with well marked hereditary history. (Fall von Imbecillität mit deutlicher Heredität.) (The journ. of ment. science Juli 1885.)

Die Prädisposition liess sich durch 4 Generationen verfolgen: der Urgrossvater war beschränkt, ebenso der Grossvater, die Grossmutter sonderbar, der Vater reizbar und unmässig, der Sohn ist schwachsinnig und linkseitig gelähmt. 11 Geschwister sind an Krämpfen früh gestorben, eines hat Lähmung des rechten Armes. Denselben Zustand wie F. zeigt der Sohn des Vatersbruder, während das Kind einer Vatersschwester psychisch abnorm ist.

Matusch (Sachsenberg).

---

500) **Blumenstock** (Krakau): Gerichtsärztliche Gutachten der med. Fakultät Krakau. Zweifelhafter Gemüthszustand einer jungen Brandstifterin. (Przeglad lekarski. Nro. 39. 26. Sept. 1885.)

Tacia M, geboren den 11. Sept. 1868, wird beschuldigt, in der Zeit vom 1. Nov. 1883 bis zum 9. Nov. 1884 11 Brandstiftungen an landwirthschaftlichen Gebäuden und Vorräthen begangen zu haben. Wegen gerichtlicher Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit werden die ärztlichen Sachverständigen A. und B. mit Untersuchung ihres Gemüthszustandes beauftragt und geben nach längerer Beobachtung folgendes Gutachten ab: Tacia M., 16 Jahre alt, stammt von sehr einfachen, intellektuell gering entwickelten Leuten. Vor neun Jahren soll sie die Wiege, in der ein jüngeres Geschwister lag, angezündet haben, so dass es nur fremder Hilfe gelang, ein Unglück zu verhüten. Vor einigen Jahren soll sie eine schwere Krankheit, in der sie, wie todt dalag, durchgemacht haben. Sie trat dann in verschiedene Dienste und nach ihrer Heimkehr ereigneten sich die Brände, die sie vor dem Gericht alle gesteht und als Ursache meist angiebt, dass man schlecht mit ihr umgegangen sei. Die körperliche Untersuchung ergiebt folgendes: das Mädchen ist klein, so dass sie 2—3 Jahre jünger aussieht, gut genährt, von gesunder Farbe, Brüste schwach entwickelt. Sie schlägt schüchtern die Augen zu Boden und antwortet rasch. Ihr Alter weiss sie nicht anzugeben, kann kaum bis fünf zählen. Als Motiv der Brandstiftungen giebt sie meist Rache an. Sie verhält sich sonst ruhig und schläft gut.

Gutachten. Exploratin ist intellektuell schwach entwickelt, jedoch zurechnungsfähig und leidet weder an Pyromanie, noch an impulsivem Irresein; das Gericht beruhigte sich mit diesem Gutachten nicht und macht folgende Bemerkungen: die T. giebt an, dass sie zu jeder Brandstiftung durch eine innere, unwiderstehlige Gewalt getrieben worden sei und dass ihr der Ausbruch der Flamme ein grosses Behagen verursacht habe. Für die Richtigkeit dieser Angabe spreche die rasche Aufeinanderfolge und die grosse Zahl der Brandstiftungen. Auch könne nicht Rache das Motiv gewesen sein, da T. sofort jeden Feuerausbruch meldete, noch ehe ein Schaden entstanden war. Auch bekenne sie sich zu allen Brandstiftungen, trotzdem Niemand sie im Verdacht hatte. Die Sachverständigen bleiben trotz dieser Einwände bei ihrem ersten Gutachten stehen. Das Gericht übersendet hierauf die Acten wegen der ihm aufgestiegenen Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit der Thäterin mit der Bitte um ein Ober-Gutachten. Dasselbe lautet, wie folgt: T. M. war zur Zeit ihrer Strafthaten, 15—16 Jahre alt. Sie stammt von Eltern die der Untersuchungsrichter folgendermassen beschreibt: Der Vater, 48 Jahre alt, macht den Eindruck eines kindischen, einfälligen Menschen, lispelt, seine Begriffe sind überaus unentwickelte; die 43 jährige Mutter kann ebenso wie ihr Mann, nicht die einfachste Frage beantworten, lispelt und ist von überaus unentwickeltem Verstande. T. selbst erhielt keine Erziehung und diente schon vom zehnten Jahre bei Fremden; daher beschränkt sich ihr ganzer geistiger Vorrath, ausser dem Rosenkranz, den sie fliessend hersagt, darauf, dass sie bis

fünf und zwar nicht fliessend zählt. Im siebenten Jahre zündete sie die Wiege an; dann folgte die Nervenkrankheit. Sie wird auch von allen Bekannten für kindischer und dummer gehalten, als ihrem Alter zukäme. Aus den angegebenen Gründen muss ihre Zurechnungsfähigkeit stark bezweifelt werden. Leider ist über den Bau des Schädels sowie über ihre geschlechtliche Entwikelung Nichts angegeben. T. M. beging 11 mal Brandstiftungen ohne Anlass und gab schon bei der ersten Vernehmung an, dass sie es aus innerem Antriebe gethan habe. Die ersten Sachverständigen hätten die Bedeutung und Quelle dieses Antriebes feststellen sollen, welcher erfahrungsgemäss bei Heimweh, Melancholie, sowie bei verschiedenen Neurosen auftritt. Anfangs als ein unbestimmter Trieb zum Vernichten, dann sich unter dem Einfluss von Störungen in der geschlechtlichen Entwickelung bei jungen Personen, namentlich weiblichen Geschlechts, steigernd, die Gestalt des Brandstiftungstriebes, aus dem einfachen Grunde annimmt, weil ein Streichhölzchen das einfachste Mittel ist, um das Handlungsbedürfniss zu beruhigen. Dann beruhigen sich die Kranken zeitweise und helfen beim Löschen, oder rufen selbst zuerst um Hülfe. Ein Grund, die Pyromanie heranzuziehen, welche als Krankheitsform gar nicht existirt, liegt nicht vor; vielmehr sind erfahrungsgemäss alle Kinder Pyromanen und je weniger ein Kind geistig entwickelt ist, je mehr es ihm an Erziehung fehlt, desto unvorsichtiger geht es mit dem Feuer um. Die Fakultät erklärt daher entschieden, dass T. M. zur Zeit der Ausführung der ihr vorgeworfenen Handlungen wegen unzureichender Entwicklung der geistigen Kräfte ausser Stande war, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen. Es folgt ein psychiatrischer Exkurs über die Umstände, unter denen Geisteskranke zu Brandstiftern werden können. Landsberg (Ostrowo).

---

501) **F. Zierl** (Kaufbeuren): Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen IV. Verbrechen des Mordes und Raubes. Vor 4 Jahren Stichverletzung in die linke Brustseite. Reflexpsychose von epileptischem Character. (Stuporöse und Dämmerzustände.) (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 36. Jahrg. 1885 1 Heft Jan. und Febr.)

Am 20. Febr. 1881 Morgens gegen 5 Uhr wurde der Bräuknecht A. B. in L. ermordet in seinem Bette gefunden. Die Leiche trug zahlreiche Verletzungen, die rechte Schädelhälfte war gänzlich zertrümmert, auf der rechten Seite des Gesichts 16 kleinere Stichwunden, quer über den Kehlkopf verlief eine $8^1/_2$ cm. lange Schnittwunde; endlich auf der Brust 5 oberflächliche und 2 penetrirende Stichwunden. Der Koffer des Verstorbenen stand offen und sein Inhalt schien durchwühlt. Der Verdacht der Thäterschaft fiel sofort auf den verheiratheten, 30jährigen Tagelöhner J. R., welcher den Mord zuerst entdeckt hatte, auch an jenem Morgen zuerst in das Bräuhaus und die Schlafkammer des B. gekommen war. Bei seiner Verhaftung schien R. betroffen und konnte über die Blutflecken an Kleidern und Stiefeln keine Auskunft geben. Bei seiner ersten, gerichtlichen Vernehmung, 6 Stunden nach der That, läugnete er dieselbe und meinte, dass R. in Folge von Blut-

brechen gestorben sei. Am 21. 2. fand der Hausherr des R. in seinem Hofe ein in ein Taschentuch gewickeltes Päckchen, enthaltend 52 M. 90 Pf.; derart oberflächlich verscharrt, dass ein Zipfel des Taschentuches aus dem Boden hervorstand. Im zweiten Verhör, 22. Febr., gab R. auf Befragen und eindringliche Vorstellung des Richters, an, er habe den B. mit dem bei der Leiche gelegenen Prügel erschlagen, nachdem er es Tags zuvor beschlossen habe. Er habe die That des Raubes wegen gethan. Der Richter giebt an, dass er dem R. das Geständniss habe abringen müssen und dass R. dabei vollständig ruhig und kalt geblieben sei. Am 23. 2. räumt R. auch die Messerstiche und die Schnittwunde ein. Am 24. 2. versucht R. im Gefängniss sich zu erhängen. Am 25. Wiederholung des Geständnisses. Am 7. 3. gibt R. bei seinem vierten Verhör an, dass er mit dem Verstorbenen gerauft habe, will von einem Planen der That Nichts wissen; er sei in den früheren Verhören „ganz verrückt“ gewesen, heute sei ihm leichter. Am 26. 3. äussert er sich in derselben Weise. Die Zeugenaussagen schildern R. als einen fleissigen, willigen Menschen und braven Familienvater. Seine Frau giebt an, ihr Mann habe zeitweise an Geistesstörung gelitten und die That in einem solchen Anfall verübt. Vor den Anfällen sei er tagelang schweigsam und theilnahmlos gewesen, dann habe er zu toben angefangen, die Bettladen mit den Zähnen gefasst und hineingebissen u. s. w. Solche Anfälle seien vielfach vorgekommen. Einmal habe er Nachts die brennende Petroleumlampe in das Bett des kranken Kindes geschleudert ein ander Mal habe er den älteren Knaben, der ihm nicht gleich gehorchte, gepackt und durch das ganze Zimmer in das Bett geworfen, so dass derselbe leicht hätte zerschmettert werden können. Auch Selbstmordgedanken habe er gehabt. Acht Tage vor der Mordthat sei er ihr wieder so kurios vorgekommen. Sie habe seine Anfälle verheimlichen wollen und könne daher keine Zeugen beibringen. Der Tagelöhner J. S. hat mit R. $2^1/_2$ Jahre lang gearbeitet und giebt an, dass er zeitweise ganz närrisch gewesen sei. Wenn ihn die Wuth gepackt habe, sei er ein gefährlicher Mensch gewesen und deshalb habe er (Zeuge) Nachts zu seiner Sicherheit ein Messer zu sich gesteckt; die Schwurgerichtshandlung wurde vertagt und R. auf sechs Wochen in die hiesige Anstalt gebracht. Er zeigte kräftigen Körperbau, keine Degenerationszeichen. In der linken Axillarlinie zwischen 8. und neunter Rippe eine $2^1/_2$ cm. lange, querverlaufende Narbe, auf Druck anscheinend nicht empfindlich und gut verschiebbar. R. ist äusserlich ruhig, spricht nur wenn er gefragt wird und auch dann kurz, langsam, mit zu Boden gesenktem Blick und leiser Stimme. Der Blick ist matt, die Haltung schlaff, der Gang unsicher, die Lippen zucken fibrillär. Man konnte ihm die Antwort in den Mund legen. Er starrt meist ins Leere, reagirt auf Nadelstiche, sowie auf Geräusche nicht immer. Nach Ablauf der ersten Woche wurde R. freier und fühlte sich auch leichter, doch rief Erwähnung seiner That sofort Verstimmung hervor. Im Ganzen blieb er apathisch. Eigenthümliche Aufregungszustände traten bei R. anfallsweise auf und gingen von der Narbe aus. Dieselben dauerten gewöhnlich mehrere Stunden, bis einen ganzen Tag; Patient

sprach nicht und war unfreundlich. Nach dem Anfall wusste R. nur, dass derselbe mit einem eigenthümlichen Brennen in der Narbengegend anfange und dann in Schwindel und Brustschmerzen übergehe. Im Anfall kamen auch Selbstmordgedanken und Teufels-Hallucinationen vor. In der Zwischenzeit litt R. viel an Kopfschmerz, schlechtem Schlaf, schmerzhaften Sensationen in der linken Unterextremität. Sein Bruder M. war geisteskrank. R. war bis zum August 1877 gesund. Da wurde er in die linke Seite gestochen, ein Stück Lunge fiel vor und wurde abgebunden. Die mit der Unterlage verwachsene Narbe wurde später von ihr durch Trauma getrennt. Von da an datiren die oben geschilderten Schwindelanfälle, sowie Intolleranz gegen geistige Getränke. Den Mord erklärt er durch Nothwehr und Teufels-Hallucinationen, hat aber sowohl für die That, als für die Vorgänge nach derselben nur eine sehr defekte Erinnerung. Den Raub will er begangen haben, weil das Geld dem Todten doch Nichts mehr nützte. Die Teufels-Erscheinungen will er seit circa drei Jahren haben. Auch für die Wuthanfälle in der Familie besteht Amnesie. Trotz des Gutachtens zweier Irrenärzte, das R. an Anfällen von epileptischem, resp. epileptoidem Irresein leide und die That in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch welchen seine freie Willensbestimmung aufgehoben war, begangen habe, bejahten die Geschworenen die Schuldfrage mit Ausschluss mildernder Umstände. R. wurde zum Tode verurtheilt, später zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe begnadigt. Er benahm sich während der ganzen Verhandlung apathisch. Es folgt eine wissenschaftliche Epikrise des Falles, welche zwei Formen der anfallsweise auftretenden Bewusstseinsstörung unterscheidet, stuporöse und Dämmerzustände. Die letzteren waren viel häufiger, als die ersteren. Landsberg (Ostrowo).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 2) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 3) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat. 4) Schwetz (Westpreussen), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat. 5) Alt-Scherbitz, Assistenzarzt, 15. November, 1500 M., fr. Stat. 6) Bernburg, Assisteuzarzt, 1500 M. und fr. Stat. 7) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Decbr., 900 M. und fr. Stat. 8) Saargemünd, Director, 1. April 1886 (Herr Dr. Freusberg übernimmt die Dr. Herz'sche Privatirrenanstalt in Bonn) Meld. an das Reg.-Präsidium in Metz.

Besetzte Stellen. Marburg, Assistenzarzt, Herr Dr. Rabbas, bisher Assistent an der psychiatrischen Klinik zu Marburg.

Ehrenbezeugung. Herrn Geh. Hofrath Dr. Hergt, Director der Irrenanstalt zu Illenau wurde bei Gelegenheit seines 50jährigen Dienstjubiläums vom Grossherzog von Baden persönlich das Commandeurkreuz und der Stern des Zähringer Löwenorden in Brillanten gefasst, überreicht.

Druckfehler.

Seite 461 Zeile 12 von oben liess Dr. Paneth statt Vareth.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werlo in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. November 1885. Nro. 22.

INHALT.

I. Originalien. Ein Fall von Trepanation des Schädels wegen Epilepsie. Vom Herausgeber.

II. Referate und Kritiken. Winkler: Psychopathologie ist Hirnpathologie. Eulenburg: Ueber das Wärmecentrum im Grosshirn. Eulenburg: Bulbärparalyse. Boeck: Weiterer Fall von acuter Polyneuritis mit letalem Ausgang. Edge: Bemerkungen über einen Fall von multipler Herdsklerose mit ungewöhnlichen Symptomen. Fischl: Ueber einen Fall von periodisch auftretender Lähmung der unteren Extremitäten. Seguin: Klinischer Bericht über zwei Reihen von Fällen der Friedreich'schen Krankheit (erbliche oder Familien-Ataxie). Salzmann jun.: Drei Fälle von Tetanus traumaticus. Rumbold: Die Wirkungen der Excesse auf das Gehirn von Gelehrten und Geschäftsleuten. Wood: Chorea, eine klinisch pathologische Studie. Stein: Enuresis. Weld: Chloroform und das 5. Nervenpaar. Lewentauer: Subcutane Morphiuminjectionen bei der Epilepsia infantilis. Ausgang in Genesung. Schwartzkopff: Kann Epilepsie die Folge einer Zahnerkrankung sein? Savage: Zwei Beispiele für den Einfluss des Verlustes der Selbstbeherrschung: eines auf Grund chronischer Geisteskrankheit mit recurirenden Excerbationen, das andere auf Grund von Chloroforminhalation. Savage: Fall von deutlicher Hysterie bei einem 11 jährigen Knaben. Johnstone: Schwere und lang dauernde Melancholie mit Selbstmordneigung. Genesung nach fieberhafter Diarrhoe. Beatley: Dementia paral. Eine Studie über die tiefen Reflexe etc. des Rückenmarkes. Statistik der Selbstmorde in England und Wales. Eastern Michigan Asylum zu Pontiac. Jahresbericht 1883 bis 1884. Rohacek: Aerztlicher Bericht der Kaiserl. Oesterr. Landesirrenanstalt in Stenjevec bei Agram für das Jahr 1884.

III. Aus den Vereinen. Practitioners society of the city zu New-York.

IV. Personalien.

I. Originalien.

Ein Fall von Trepanation des Schädels wegen Epilepsie.

Vom Herausgeber.

Im Ganzen ist eine Trepanation des unversehrten Schädels, die wegen Epilepsie ausgeführt wird und von dem Erfolge begleitet ist, dass die Epilepsie nach der Operation wegbleibt, eine rara avis. Die Mittheilung eines solchen Falles scheint mir daher gerechtfertigt.

Am 25. Februar d. J. stellte sich mir der Valentin H. vor mit dem Ansuchen ihn wegen Epilepsie in Behandlung zu nehmen. Er hatte bislang auf Verordnung des Collegen P. in Z. Bromsalze genommen in der Zusammensetzung und Dosirung, wie ich sie für das

von mir früher beschriebene *Bromwasser* angegeben habe. Eine körperliche Untersuchung war dieser Verordnung nach Aussage des Kranken nicht vorhergegangen.

Anamnese. Heredität besteht nicht. Patient war immer gesund; ist Soldat gewesen. Keine Lues. Kein Trinker. Ende August 1878 stürzte er in Heidelberg aus dem 2. Stockwerk eines Neubaues herunter auf den Kopf. Bewusstlos. Er wird auf die Klinik des Prof. Czerny gebracht. Dort wird eine Hautwunde am Kopfe vernäht, die 6 Wochen zur Heilung brauchte. Patient blieb aber noch weitere 20 Wochen in der Klinik weil eine grosse allgemeine Schwäche zurück blieb, dann wohl auch wegen epileptischer Krämpfe, die während des Spitalaufenthaltes ausbrachen. Der erste Anfall hat wahrscheinlich schon am Tage des Sturzes stattgefunden. Früher hat Patient nie an epileptischen oder anderen Krämpfen gelitten. In der Klinik erhielt er schon Bromkalium.

Seit dieser Kopfverletzung leidet er an Epilepsie. Die Anfälle sind nicht halbseitig, sondern befallen die Extremitätenmuskeln auf beiden Körperseiten. Anfänglich kamen meistens mehrere Anfälle kurz hintereinander, worauf er eine Zeit lang frei blieb; in der letzteren Zeit tritt durchschnittlich alle 4 Wochen ein heftiger Anfall ein. Den letzten hatte er Tags zuvor am 24. Februar; den vorletzten am 23. Januar, den drittletzten am 21. Dezember 1884. Den Anfällen geht immer eine Aura voraus, bestehend in stechenden Schmerzen in den Schläfen und in einem Gefühl von Beklommenheit und Angst in der Brust. Diese Aura tritt meist 1 bis 2, oft sogar 24 Stunden vor einem Anfalle auf, sodass der Patient immer rechtzeitig gewarnt ist. Unmittelbar vor dem Ausbruch der Convulsionen empfindet Pat. ein Brausen in den Ohren.

Körperlich fühlt er sich wohl, Schmerzen hat er keine. Psychisch ist er völlig intact. Abschwächung des Erinnerungsvermögens oder anderen auf Stimmung und Charakter bezügliche Veränderungen will er nicht bemerkt haben.

Status praesens. Wohl genährter, gut aussehender, kräftiger Mann. Innere Organe alle normal.

Auf dem linken Scheitel, entsprechend der bei jenem Sturze davongetragenen Verletzung, eine $2^1/_2$ Centimeter lange gerade, weisse Narbe. Dieselbe ist auf der Unterlage verschiebbar, auf Druck nicht schmerzhaft. Sie verläuft parallel der Sagitalnaht, liegt 3 Centimeter unterhalb derselben; zieht man eine senkrechte Linie vom äusseren Ohreingang hinauf zur Sagitalnaht, so schneidet diese Linie die Narbe in der Mitte.

Bei Druck auf die Narbe konnte ich deutlich eine Impression des unterliegenden Schädelknochens constatiren in Form einer seichten Rinne von der ungefähren Breite eines Fingers. Ein solcher, den Knochen treffender Druck war sehr schmerzhaft. Einen Anfall auszulösen durch Druck auf diese Knocheneinsenkung ist mir nicht gelungen.

Andere Abnormitäten liessen sich durch die Untersuchung nicht

feststellen; namentlich bestand keine motorische Schwäche des rechten Arms.

Diagnose. Bei dem Fehlen jedes anderen ursächlichen Momentes, und bei der anamnestisch erhärteten Thatsache, dass die Epilepsie nach jenem Sturze aufgetreten war, stellte ich die Diagnose, dass die Knochenimpression an der linken Seite des Schädels als das epileptogene Moment zu betrachten sei. Ausgeschlossen war von vornherein eine Jackson'sche Epilepsie, weil die alleinige Betheiligung der rechten Seite, bes. des Armes, nicht vorhanden war. Ich wies desshalb auch die Annahme zurück, dass etwa ein losgelöster Splitter der Glastafel in der Hirnrinde stecken und dort einen localisirten Reiz ausüben könnte — es würde sich ziemlich sicher um den Fuss der II. Frontalwindung gehandelt haben — sondern neigte zu der Ansicht einer allgemeineren Reizung, vielleicht mit Steigerung des intracraniellen Druckes, obwohl Augenspiegelbefund und Puls dafür keine Anhaltspunkte boten.

Ich lehnte die Fortsetzung einer schablonenhaften Behandlung mit Bromsalzen ab und schlug dem Patient die Trepanation der eingedrückten Knochenpartie des Schädels vor, worauf er unverzüglich einging.

Am 27. Februar Morgens $9^1/_2$ Uhr wurde die Operation von meinem Freunde Dr. Timme in Coblenz in dem Krankenhause des evangel. Stiftes zu St. Martin daselbst vorgenommen. Ein Schnitt unmittelbar neben der Narbe, dieselbe nach jeder Seite um 1 Cent. überragend, ein Kreuzschnitt senkrecht auf den ersten, von gleicher Länge. Erhaltung des Periostes. Eine ganze Trepankrone von 2 Centm. Durchmesser, eine halbmondförmige unmittelbar an die erste anliegend von $1^1/_4$ Centm. Durchmesser. Die Glastafel der ausgehobenen Stücke war absolut glatt und intact. An der Dura nichts Abnormes.

Die Operation, selbstverständlich streng aseptisch ausgeführt, verlief ohne Störung. Der Verlauf der Wundheilung war ein durchaus regelmässiger.

Patient blieb nach der Operation noch $6^1/_2$ Monate, theils im Spitale in Coblenz, theils hier bei mir unter ärztlicher Aufsicht. Ein epileptischer Anfall ist nicht wieder eingetreten.

II. Referate und Kritiken.

502) **G. Winkler:** De plaats der psychopathologie als hersenpathologie te midden der klinische wetenschappen. (Rede zur Eröffnung der psych. Vorträge an der Universität zu Utrecht am 5. Octbr. 1885.)

Nachdem seit 9 Jahren der Unterricht in der Psychiatrie auf den holländischen Universitäten gänzlich unterblieben war, ist am 5. October 1885 in Utrecht ein psychiatrischer Cursus eröffnet worden.

Indessen hat man in Holland auch jetzt noch keine Irrenklinik errungen, aber für die jetzigen Unterrichtsbedürfnisse ist eine Abthei-

lung der Utrecht'schen Irren-Anstalt dem Universiätslehrer zugänglich gemacht.

Dr. C. Winkler eröffnete dort den psychiatrischen Unterricht mit einer Rede, über die wir folgendes Referat geben.

Anfangend mit einer warmen Anerkennung der grossartigen Verdienste Schröder van der Kolk's über das holländische Irrenwesen hebt Vortrag. den heutigen Standpunkt der Psychopathologie hervor, und betont die Nothwendigkeit dessen, dass auch sie an den Universitäten docirt werde. Die Psychopathologie, ist nach Vortr. heute nicht mehr eine Wissenschaft, welche sich in Speculationen über Dinge verliert, die jenseits der Grenzen unseres Wissens liegen. Sie hat als klinische Erfahrungswissenschaft, als Symptomatologie ganz andere Bestrebungen und beansprucht schon darum das Recht von den practischen Aerzten gekannt zu sein. Auch wo sie in enger Berührung steht mit den Ergebnissen der neueren Hirnanatomie und Physiologie hat sie ein grosses wissenschaftliches Interesse. Vor allem aber bleibt sie eine Abtheilung der Hirnpathologie.

Diese in Holland vielleicht nicht ganz überflüssige Aussage, sucht W. von verschiedenen Seiten zu beleuchten.

Zuerst wird das Fieber- und Intoxicationsdelirium mit dem Delirium der transitorischen Manie verglichen, und gefragt, wie sich der practische Arzt ohne jedwede Kenntniss der elementären psychischen Störungen, diesen Delirien gegenüber zurechtfinden wird.

Fernerhin wird auf die Verwandtschaft zwischen den sogenannten Neurosen und den psychischen Störungen, welche sie begleiten hingewiesen.

Die epileptischen und hysterischen Irreseinsformen werden in ihrer Bedeutung für den practischen Arzt einerseits hervorgehoben, andererseits ihre Bedeutung für die Pathologie der Hirnrinde im Anschluss an die experimentelle Leistungen der Neuzeit betont.

Dann wendet sich Vortr. den Erblichkeitsgesetzen zu und findet in der Thatsache, dass Neurosen und Psychosen sich als organische Krankheiten des Nervensystems vererben können, einen neuen Beweis für seine These: *Psychopathologie ist Hirnpathologie.*

Das Irresein wie es bei Herden im Gehirne auftritt, wird kurz berührt; ebenso die Dementia paralytica mit den microscopisch nachweisbaren Entartungen als Stütze herangezogen, und damit eine kurze Abschweifung nach dem Gebiete der modernen Localisationshypothesen verbunden. Neben diesen wirklichen Hirnkrankheiten unterscheidet W. eine andere Gruppe, in der es sich weniger um Krankheit des Gehirnes, als um mehr weniger Mangel an Gehirn handelt. In diese Gruppe bringt er Idioten, Cretinen, die mit Defect Geheilten, auch Moral Insanity unter.

Zum Schluss erörtert W. das Verhältniss der Psychopathologie zur Psychophysik. Diese stellt er, obgleich die klinische Erfahrung vorläufig Hauptsache bleiben soll, als Hülfswissenschaft der Anatomie und Physiologie des Gehirnes zur Seite, welche einmal die Psychopathologie begründen werden. E.

503) **Eulenburg** (Berlin): Ueber das Wärmecentrum im Grosshirn. (Verhandl. der physiolog. Gesellschaft zu Berlin. Nro. 16. 1885.)

Der Vortrag Eulenburg's bezweckt, einige Behauptungen von Raudnitz, welche derselbe in seinem Vortrage „über das thermische Centrum der Grosshirnrinde" gethan hat, zu widerlegen. Zunächst bemerkt E., dass in seiner und Landois Arbeit nirgends von einem „thermischen" oder „gefässbeherrschenden Centrum" die Rede gewesen, sondern dass sie nur von thermisch wirksamen Bezirken der Grosshirnrinde beim Hunde gesprochen hätten. Nachdem Verf. zunächst einige literarische Ungenauigkeiten Raudnitz's richtig gestellt hat, geht er auf das von R. bemängelte Verfahren der thermoelectrischen Messung näher ein und zeigt, dass diese Methode sehr genaue Resultate liefert, und dass der Einwand des Erzeugens fehlerhafter Resultate noch das Anbringen der Thermonadeln an symmetrischen Körperstellen, belanglos ist. Ferner ist es nicht richtig, dass bei uncurarisirten Thieren die Reizung, welche von keiner Bewegung begleitet ist, ohne thermischen Erfolg bleibt, stärkere Reizung aber, entsprechend der Intensität der Bewegungen, von einem vorübergehenden Absinken mit folgender Erhebung begleitet sei. Eulenburg und Landois fanden in der Regel bei schwachen Strömen eine geringe Abkühlung mit allmählicher Ausgleichung, bei starken Reizen unregelmässige Oscillationen oder sogar primäre Temperatursteigerung (auch bei curarisirten Thieren). Bezüglich der Zerstörungsversuche bemerkt E., dass bei seinen Versuchen die Temperaturdifferenz bereits eintrat, bevor die Thiere aus der Chloroformnarcose erwachten, also bevor sie spontane Bewegungen ausführen konnten. Die Ansicht von Raudnitz, dass die Verminderung des Muskeltonus an sich mit der Erwärmung der Extremität etwas zu thun habe, ist vom pathologisch-klinischen Standpunkte aus unhaltbar. Ein unmittelbarer Einfluss der Hirnrinde auf die peripherischen Gefässe ist von E. und Landois nur hypothetisch aufgestellt. Es sprachen allerdings manche Thatsachen zu Gunsten dieser Ansicht. Zum Schluss bemerkt der Vortrag., dass neuere, noch nicht abgeschlossene Versuche von Landois von isolirter Durchschneidung der Capsul. interna bei Hunden analoge Effecte hatten, wie Zerstörung der thermisch wirksamen Rindenabschnitte. Die vasomotor. Bahnen scheinen demnach von der Rinde her durch die zugehörigen Stabkranzbündel zur Capsul. intern. zu verlaufen, um in Pedunculus und Pons überzugehen, woselbst die Existenz vasomotor. Bahnen ja schon seit längerer Zeit angenommen und durch zahlreiche Versuche sichergestellt ist. Goldstein (Aachen).

---

504) **A. Eulenburg** (Berlin): Bulbärparalyse. (Sep.-Abdr. aus d. Real-Encyclopaedie. II. Auflage.)

Eine sachgemässe, erschöpfende Darstellung 1) der chronischen progressiven Bulbärparalyse und 2) der acuten (apoplectiformen) Bulbärparalyse, mit Benutzung und Angabe der einschlägigen Literatur. Auf Einzelheiten der Zusammenstellung hier einzugehen ist nicht

thunlich, nur die Definition der ersten Form wollen wir wiedergeben. Unter den manigfachen (angeführten) Bezeichnungen ist ein chronisches Krankheitsbild zu verstehen, dessen Hauptzüge sich aus einer allmählig fortschreitenden atrophischen Lähmung der Zungen-, Gaumen-, Lippen- und oft auch der Kehlkopfmuskulatur zusammensetzen; welches im weiteren Verlaufe in der Regel durch Schlinglähmung und Respirationslähmung zum tödtlichen Ausgange führt; ein Krankheitsbild, welches entweder primär auftreten kann oder sich zu den schon vorhandenen Krankheitsbildern der classischen progressiven Muskelatrophie (Duchenne — Aran) oder der amyotrophischen Lateralsclerose (Charcot) secundär hinzugesellt und zu diesen in einer sehr engen klinischen und anatomischen Beziehung steht, dergestalt, dass es sich bei den drei genannten Krankheitsprocessen übereinstimmend um ein Befallenwerden functionell gleichwerthiger Apparate, des cortico-musculären Leitungssystems — mithin um eine motorische Systemerkrankung, nur in verschiedener Ausdehnung und verschiedener Localisation, resp. mit auf- oder absteigender Tendenz handelt. —

Bei der acuten Bulbärparalyse handelt es sich um Herdaffectionen der Medulla oblong., welche plötzlich, apoplectiform einsetzend, das ganze bulbäre motor. Nervengebiet lähmend afficiren. Verf. reiht der Beschreibung dieser Krankheitsform den Eisenlohr'schen Fall: „bulbäre Form der spinalen Kinderlähmung", Berger's Fälle angeborener Bulbärparalyse und die Fälle Erb's an, bei denen eine Herdaffection in der oberen Pons- und Oblongatahälfte wahrscheinlich zu Grunde lag. Goldstein (Aachen).

---

505) **Caesar Boeck** (Christiania): Endun et Tilfaelde af akut Polyneurit (multipel Neurit.) — Letal Udgang. — Weiterer Fall von acuter Polyneuritis mit letalem Ausgang. (Sep.-Abdr. der Tidskrift for praktisk medicin. 1885).

Verf. der schon früher einen Fall von acuter Polyneuritis mitgetheilt hat, welcher mit Gelenkanschwellungen und Purpura rheumatica eingeleitet wurde und mit unvollständiger Genesung endete, veröffentlicht eine weitere Beobachtung von multipler Neuritis, welche einen ungünstigen Ausgang nahm. Dieselbe betrifft einen 34jährigen Mann welcher 11 Jahre vor der jetzigen Erkrankung in New-Orleans an klimatischem Fieber gelitten, vor 8 Jahren Lues acquirirt hatte. Die luetischen Erscheinungen waren nach einigen Monaten unter Behandlung mit Sarsaparilldecocten geschwunden.

Die jetzige Affection begann im Februar 1884 mit Gefühl von *Steifheit in den Gelenken* der Unterextremitäten. Im Juli wurde eine eigenthümliche *psychische Veränderung* beobachtet. Pat. starrte viel vor sich hin und hatte allerlei melancholische Ideen. Als Verf. den Pat. zuerst sah (13. August 1884), constatirte er folgendes: Ziehende Schmerzen in beiden Oberschenkeln und Fussgelenken, in geringerem Grade auch in den Unterarmen; Druckempfindlichkeit der Beinmuskeln und Fussgelenke. Herz normal, Puls 84, Temp. nicht gemessen. Diagnose: Rheu-

matismus. Ordin.: Natr. salicyl., Ichthyolsalbe. Nach 2 Tagen war Pat. ausser Bett, ging am Stock mühsam, mit gespreizten Beinen.

20. Aug. *Ptosis* rechts, Pupillen normal. *Schmerzen* in den Beinen, Vorderarmen und Händen, besonders Nachts; gesteigerter *Druckschmerz* in den Beinmuskeln, wesshalb die Patellarreflexe nicht untersucht werden konnten. Armmuskeln ebenfalls druckempfindlich. Cutane *Sensibilität* deutlich *abgeschwächt* an beiden Unterschenkeln bis an die Knie, an den Vorderarmen bis zu den Ellbogen Analgesie, dumpfes Gefühl; Lokalisationsgefühl ziemlich gut, Kitzelreflex erhalten. Pat. geht, auf einen Stock gestützt und von einer Person geführt. *Motilität* sämmtlicher Extremitäten deutlich *vermindert*. P. 96.

31. Aug. Bedeutende Zunahme der motor. und sensiblen Paresen. Andauernde Schmerzen. Anästhesie bis nahe an die Trochantergegend gestiegen. Deutliche *Druckempfindlichkeit der Nervenstämme* (Nn. ulnar., radial., median., N. saphen major.) *Farad. Erregb. herabgesetzt*, galvan. nicht geprüft. Ptosis verschwunden.

4. Septbr. Motor. Paralyse verschlimmert. Allgemeine Mattigkeit, Foetor ex ore. Armmuskeln sehr empfindlich auf Druck. Am Stamm normale Motilität und Sensibilität.

7. Septbr. Linksseitige *Abducenslähmung*. Kräfteverfall. Blase etwas geschwächt, Stuhl träge. Tod am 9. September 1884.

Die Behandlung war dadurch sehr erschwert, das Pat. keine Medicamente nehmen wollte. Jodkalium schien anfangs günstig zu wirken. Auffallend war der Effect der Salicylsäure im Anfang der Krankheit.

Section. Es konnten nur die Nervenstämme der Ober- und Unterextremitäten und einige Muskelstückchen untersucht werden. Erste wurden theils mit $^1/_3{}^0/_0$ Osmiumsäure, theils mit absol. Alkohol behandelt. Makroskopisch zeigten sich erweiterte und stark gefüllte Blutgefässe im Perineurium. Die mit Osmium behandelten Nerven boten alle Stadien der Degeneration dar: vollständige Auflösung der Markscheiden in kleine Klümpchen, Schwund der Axencylinder, starke Kernwucherung in den Schwann'schen Scheiden. Gefässe des Perineuriums stark gefüllt. In den Muskeln fand sich Peri- und Endomyositis, keine Fettdegeneration; Blutgefässe des Perimysium hyperämisch.

Verf. weist am Schlusse darauf hin, dass in den beiden von ihm beobachteten Fällen Steifheit und dumpfes Gefühl in den symmetrisch afficirten Extremitäten das Krankheitsbild eröffneten. In dem ersten Falle waren ausserdem Purpura, Fieber, Schweisse und heftige Gelenkschmerzen aufgetreten und beide Male wurden diese „rheumatischen" Erscheinungen durch Salicylsäure prompt beseitigt. Er bestätigt somit die vom Ref. zuerst hervorgehobene Analogie zwischen der Polyarthritis und Polyneuritis und vermuthet, dass in diesen Fällen zuerst die vasomotorischen Nerven der Haut (Purpura) und der Gelenke (Synovitis) erkrankt waren und die Affection dann erst auf die motorischen und sensiblen Nerven übergriff. Ref. möchte hierbei daran erinnern, dass auch E. Remak in einem Falle von „generalisirter Neuritis" (Neurolog. Centralbl. 1885, Nro. 14) schmerzhafte Anschwellung beider

Fussgelenke als erste Erscheinung erwähnt und dass bei der betreffenden Kranken ein „meist deprimirter, weinerlicher Gemüthszustand, ein stupides Verhalten und eine sehr erhebliche Gedächtnissschwäche“ vorhanden war, sowie auch mehrere Hirnnerven (Optici, Oculomotorii, Faciales, Hypoglossi) betheiligt waren. Ferner beobachtete Rich. Schulz (Neurol. Centralbl. 1885, Nro. 19) im Verlaufe einer multiplen Neuritis eines Potators, nachdem die Erscheinungen der motorischen Lähmung bereits deutlich ausgebildet waren, das mit heftigem Fieber verbundene Auftreten von Schmerzen, Schwellung und Röthung verschiedener Gelenke, welche Symptome auf Gebrauch grösserer Dosen von Natr. salicyl. binnen wenigen Tagen vollständig verschwanden, während die Polyneuritis noch zunahm.

Es dürfte somit wohl ein nur zufälliges Zusammentreffen von Polyarthritis rheumatica mit Polyneuritis ausgeschlossen und vielmehr die Annahme gestattet sein, dass sowohl die Erscheinungen seitens der Haut und der Gelenke, als die seitens der peripheren Nerven von einer gemeinschaftlichen, wahrscheinlich infectiösen Ursache (resp. Intoxication) hervorgerufen sind. Pierson (Pirna).

---

506) **A. M. Edge** (Manchester): Remarks on a case of disseminated sclerosis, with unusual symptoms. (Bemerkungen über einen Fall von multipler Herdsclerose mit ungewöhnlichen Symptomen.) (The Lancet. 26. September 1885.)

Zunächst zeichnet sich der beschriebene Fall dadurch aus, dass er einen Mann betrifft. Nach Charcot entfallen nämlich von 34 cerebrospinalen Herderkrankungen 25 auf Frauen und nur 9 auf Männer. Weiter ist bemerkenswerth, dass im Verlaufe dieser Krankheit epileptiforme Anfälle wiederholt auftraten, was dem eben genannten Autor zufolge nur in einem Fünftel solcher Fälle zu geschehen pflegt; ferner dass vasomotorische Störungen, unter diesen Umständen ein seltenes Vorkommniss, sich durch Kälte der unteren Extremitäten und eine markirte cyanotische Färbung beider Vorderarme — atonische Hyperämie in Folge von Stauung, Erb — bemerkbar machten.

Sodann wird noch durch den in Folge eines Sturzes entstandenen Krankheitsfall der Beweis erbracht, dass zu den Gelegenheitsursachen der multiplen Sclerose auch mechanische Insulte gehören, wie auch Charcot einen Fall kennt, wo sich die ersten Symptome bald nach einem gleichen Trauma entwickelt haben, während Erb ein solches Moment anzuerkennen weniger geneigt ist. Pauli (Köln).

---

507) **Fischl** (Prag): Ueber einen Fall von periodisch auftretender Lähmung der unteren Extremitäten. (Prager med. Wochschr. 1885. Nr. 42.)

Ein hereditär nicht belastetes 8jähriges Mädchen wird im November 1884 von Scarlatina befallen; im Abschuppungsstadium tritt Nephritis mit Albuminurie und Oedem auf. Mitte Januar 1885 völlige Genesung. Anfang Mai blasseres Aussehen, Müdigkeit, Kopf- und Kreuzschmerzen. Dazu gesellte sich eine ungewöhnliche Schläfrigkeit;

nur durch längeres Rütteln, Kitzeln der Fusssohlen etc. gelang es das Kind aus dem Schlaf zu erwecken. Am 9. Mai Unfähigkeit sich auf die Beine zu stellen, Sitzen war nur bei Unterstützung des Rumpfes möglich. Allgemeines Zittern, Gliederschmerz, Kopf- und Kreuzweh.

Status: Freies Sensorium, beschleunigter Puls. Unterschenkel eiskalt, Temperatur im Uebrigen normal. Ohne Unterstützung kann sich das Kind aus der horizont. Rückenlage nicht aufrichten, kann auch nicht sitzen. Die unteren Extremitäten zeigen keine Spur einer willkürlichen Bewegung; fallen, pasiv erhoben, wieder herab. Alle anderen Bewegungen an Kopf und Rumpf sind frei. Der Patellarreflex war aufgehoben, ebenso die Hautreflexe der Fusssohle, der Bauchreflex war erhalten. Dieser Anfall von completer Lähmung beider unteren Extremitäten (und doch wohl auch der Bauchmuskeln Ref.) dauerte ungefähr 3 Stunden, worauf die Erscheinungen plötzlich und vollständig schwanden. Ein am folgenden Tage aufgenommener Status ergab normale Verhältnisse, bes. normale Reflexe. Ein zweiter ähnlicher Anfall erfolgte in der Morgenstunde des 13. Mai. Die diesmal vorgenommene farado-electrische Untersuchnng ergab folgendes: Oberextremitäten: Steigerung der Erregbarkeit, schon sehr schwache Ströme erregten starke Schmerzen; Unterextremitäten: Im Bereiche des Tibialis und Peroneus konnten stärkere Ströme applicirt werden, ohne dass das Kind geklagt hätte; im Gebiete des Cruralis ging das nicht an. Muskelcontractionen waren nur in diesem letzteren Gebiet und nur bei directer Reizung auszulösen, in allen anderen Nervengebieten keine Contraction. Dauer des Anfalls 5 Stunden. Gegen Abend konnte es sich erheben und machte Gehversuche, am folgenden Tage alles normal, auch die farado-electrische Erregbarkeit. Dritter Anfall am 19. Mai, eine Stunde lang; Vierter, rudimentärer Anfall am 22. Mai, von $^1/_2$ stündlicher Dauer. Fünfter Anfall am 29. Mai, nur mit Schwäche im linken Fuss. Dauer: 24 Stunden.

Ausser diesen, hauptsächlich Paralyse motorischer und sensibler Nerven und vasomotorische und reflectorische Störungen zeigenden Anfällen kamen später noch solche vor, die als Schlafanfälle zu bezeichnen sind. Anfangs in Pausen von 2—3, später in solchen von mehreren Tagen traten im Ganzen 6 Anfälle auf, deren Dauer zwischen $^1/_4$ u. $^1/_2$ Stunde schwankte. Sie kamen immer Nachmittags. Diese Schlafanfälle waren jenen Schlafparoxysmen ähnlich, die vor dem Ausbruch der Lähmungsanfälle vorkamen. Während dieser Schlafanfälle, wurden Zuckungen der Gesichtsmuskeln und Augenlider beobachtet, und kamen Dehnungen und Streckungen des ganzen Körpers vor. Die kleine Pat. erwachte von selbst, klagte zunächst über Müdigkeit, war aber dann bald munter. In der zweiten Hälfte Juni Landaufenthalt, von da ab langsam Besserung; Mitte September constatirt Verf. die Genesung.

Verf. geht in einen Vergleich seines Falles mit dem von Westphal publicirten (siehe d. Centr.-Bl. Nro. 12 d. J. pag. 267.) ein und constatirt, dass seine Pat. nicht an Malaria gelitten, auch nicht in einer Malariagegend gewohnt habe. Eine Erklärung der geschilderten Symptome vermag er nicht zu geben. Erlenmeyer.

508) **E. C. Seguin** (New-York): Clinical report of two sets of cases of Friedreich's disease (heriditary or family ataxia). (Klinischer Bericht über 2 Reihen von Fällen der Friedreich'schen Krankheit (erblicheoder Familien-Ataxie). (The med. Record 13. Juli 1885.)

Verf. schliesst an den kurzen Bericht von 5 durch ihn untersuchten Fällen die Bemerkung, dass in denselben die Erkrankung weit mehr der Hinterstrangsclerose, als der disseminirten gleiche, dass sie sich jedoch von der typischen Tabes durch das Fehlen der Pupillensymptome, der lancinirenden Schmerzen, deutlicher Anästhesie, des atactischen Ganges unterscheide; auch sei in allen seinen Fällen eine gewisse Parese hervorstechend, die wahrscheinlich auf Rechnung einer gleichzeitigen Vorderseitenstrangsclerose gesetzt werden müsse.

Voigt (Oeynhausen).

---

509) **Salzmann jun.** (Esslingen): Drei Fälle von Tetanus traumaticus. (Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 1885. Nro. 27.)

I. *Tetanus nach einer Herniotomie.* Eine 40jährige gesunde Frau wurde aseptisch herniotomirt. Heilung per primam. Am 8. Tage nach der Operation Vorboten des Tetanus: Trockner Hals, Schlingbeschwerden, Steifigkeit im Nacken. Am folgenden Tage volle Anfälle von Trismus und Tetanus. Am dritten Tage Tod. Es waren in 24 Stunden 12,5 Choralhydrat mit 60 Tropfen Opiumtinctur verbraucht, ausserdem einigemal 0,005 Curare subcutan. Bei der Section des Unterleibes ergab sich ein absolut normales Verhalten der operirten Partie. Eine Infection dürfte wohl also ausgeschlossen sein.

II. *Zwei Fälle von Tetanus neonatorum.* Beide Fälle betreffen Kinder einer gesunden Frau. Erste Geburt Juni 1883, gesundes Kind. Am 5. Tage Trismus, Nabel noch nicht abgefallen, roch faulig; am 6. Tage starb das Kind. Zweite Geburt Juni 1884 in demselben Zimmer, mit derselben Hebamme. Kind wieder kräftig, am 4. Tage Abfall der Nabelschnur. Am 5. Tage Trismus und Tetanus; am 6. Tage Tod. Annahme einer Infection. Dritte Geburt Mai 1885 in einem anderen Hause. Diesmal blieb das Kind gesund. Erlenmeyer.

---

510) **F. Rumbold** (St. Louis): The effects of excesses on the mind of professional and business men. (Die Wirkungen der Excesse auf das Gehirn von Gelehrten und Geschäftsleuten.) (The St. Louis Medic. and Surgic. Journ. März 1885.)

Verf. setzt kurz auseinander, dass die häufigste Ursache der Neurasthenie nicht in geistigen Ueberanstrengungen, sondern in Erkältungen, zu reichlichem Genusse von Taback, Spirituosen u. s. w. liege. So sei namentlich die gewöhnliche Folge langdauernder Nasencatarrhe eine Hirnhyperämie, welche die Arbeitskraft herabsetzte und so allmählig, wenn die gewohnte, vielleicht an und für sich nicht übermässig anstrengende Arbeit nicht unterlassen werde, zur Hirnerschöpfung führe. Voigt (Oeynhausen).

---

511) **H. C. Wood** (Detroit): Chorea — a Study in clinical pathologig. (Chorea, eine klinisch pathologische Studie.) (The therapeutic Gazette. Detroit, 15 Mai 1885.)

Nachdem Verf. ein Paar Fälle postparalytischer resp. posthemiplegischer Chorea angeführt und dabei hervorgehoben hat, dass in Fällen dieser Art der Sitz der Läsion nicht nothwendig im hinteren Theile der innern Kapsel (Charcot-Raymond) sei, sagt er:

1. Choreatische Bewegungen können das Resultat chronischer Hirnerkrankungen sein.

2. Dieselben können auch ohne nachweisbare Erkrankung des Centralnervensystems entstehen.

3. Allgemeine choreatische Bewegungen sowohl „als die bizaren Formen electrischer (hysterischer) und rythmischer Chorea“ können ohne *organische* Erkrankung des Nervensystems vorkommen.

4. Choreatische Bewegungen können Folge peripherer Reize sein (Reflexe).

Sodann verbreitet er sich des Längern über die experimentelle Chorea (bei Hunden u. s. w.), erwähnt, dass in einer Reihe von Fällen kindlicher Chorea organische Erkrankungen des Gehirns, in einer andern solche des Rückenmarks gefunden wurden, und schliesst mit dem Satze, dass in der kindlichen Chorea fast genau wie in der experimentellen Ganglienzellen des ganzen Cerebrospinalnervensystems leiden, daher in deren Veränderungen die Ursache der choreatischen Bewegungen zu suchen sei. Diese Veränderungen aber, welche durch verschiedene Ursachen (Erregungen, Erkältungen, Gifte, Thrombosen u. s. w.) hervorgerufen werden können, seien theils einfach nutritiver Art, theils microscopisch oder gar macroscopisch nachweisbare Läsionen.

Voigt (Oeynhausen).

---

512) **A. W. Stein** (New-York): Enuresis or incontinence of urine. (Enuresis.) (The medic. Record 27. Juni 1885.)

Wenn auch das Gehirn von controlirendem Einflusse auf die Blasenfunktionen ist, so geschieht doch das Uriniren mehr durch unfreiwilligen, als durch freiwilligen Act: es handelt sich um einen reflectorischen Vorgang, mag der Impuls von peripheren Nervenendigungen oder vom Gehirn ausgehen. Unter den Ursachen der Incontinenz spielen neben mechanischen und anatomischen Verhältnissen periphere Reize (Phimose, Carunkeln), vor Allen centrale nervöse Störungen eine grosse Rolle. Abgesehen davon aber gibt es viele Fälle von Enuresis der Kinder, in welchen eine Ursache nicht aufzufinden ist. Zwar scheint sie hier manchmal darin zu liegen, dass im kindlichen Alter der detrusor vesic. stärker zu sein pflegt als der sphinkter; doch können hierdurch z. B. die Fälle nicht erklärt werden, in denen eine einmalige Anwendung des faradischen Stromes zur Heilung genügt. Hier handelt es sich wahrscheinlich um eine Neurose, deren Entstehung wir in Folge unserer noch ungenügenden Kenntnisse

über die Physiologie der Blase nicht zu erklären vermögen. Darin liegt, dass wir viele solcher Fällen nicht zu heilen verstehen. — Rücksichtlich der Behandlungsmethoden warnt Verf. davor, an Kindern, die an Enuresis und zugleich an Phimose leiden, ohne zwingende Gründe die Circumcision zu machen, da dieselbe oft Nichts gegen das Bettnässen helfe; ebenso verwirft er mit Recht die verschiedenen mechanischen Verschlüsse der Harnröhre. Dagegen lobt er sehr den galvanischen und faradischen Strom, und von Arzneimitteln die Belladonna, in Fällen hochgradiger nervöser Reizbarkeit auch das Chloral und Brom. Im Uebrigen sei vorläufig die Behandlung recht vieler Fälle eine rein empirische. — Voigt (Oeynhansen).

---

513) **G. W. Weld** (New-York): Chloroform and the fifth pair of nerves. (Chloroform und das 5. Nervenpaar). (The medic. Record 6. Juni 1885.)

Verf. bespricht die verschiedenen, zur Erklärung des Todes durch Chloroform-Inhalation aufgestellten, Theorien und kommt dabei zu dem Schlusse, dass in einer grossen Mehrzahl der Fälle der Tod weit mehr durch Hirnanämie und gewisse Fehler in der Anwendung des Chloroforms, als durch die Folgen ungenügender Chloroformirung (unvollkommene Gefühlslähmung) hervorgerufen werde. Ob eine combinirte subcutane Anwendung von Morphium und Atropin wirklich, wie aus 2 vom Verf. angestellten Thierexperimenten hervorzugehen scheint, die Herzparalyse in Folge von Chloroform-Inhalation zu beseitigen resp. zu verhindern im Stande sei, müsse noch weiter studirt werden; jedenfalls stehe das eine fest, das nur diejenigen Arzneimittel dem Chloroformtode vorbeugen können, welche geeignet sind, das Auftreten von Herzschwäche zu verhüten. Voigt (Oeynhausen).

---

514) **M. Lewentauer** (Konstantinopel): Subcutane Morphiuminjectionen bei der Epilepsia infantilis. Ausgang in Genesung. (Centralbl. für klin. Medicin Nro. 26. 1885.)

Verf. hat bei einem 4 Monate alten Kinde, dessen 3 Geschwister nach den Aussagen der Eltern an Convulsionen gestorben waren, als Bäder, Chloroform, Blutentziehung erfolglos waren, bei sehr heftigen eclamptischen Anfällen schliesslich eine für ein so junges Kind ziemlich starke Morphiuminjection (0,03 : 10 davon zur Zeit eine Spritze voll) als lebensrettend gefunden. Im Ganzen wurden in einem Zeitraum von 24 Stunden 3 Spritzen voll applicirt.

Goldstein (Aachen).

---

515) **Schwartzkopff** (Eisenach): Kann Epilepsie die Folge einer Zahnerkrankung sein? (Deut. Monatsschrift für Zahnheilk. III. 1885. März.)

Dass durch Zahnerkrankungen Störungen des Nervensystems als Reflexneurosen auftreten, ist bekannt; man denke an die s. g. Zahnkrämpfe der Kinder. (Vergl. Hering jun. „das Zahnen in seinen Beziehungen zu Krampfanfällen". Deutsche Viertelj. für Zahnh. 1867).

Verf. hat 15 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, bei denen Epilepsie durch Extraction eines Zahnes geheilt worden ist. (Das für die Praxis wichtigste Moment liegt meines Erachtens darin, dass in den meisten Fällen die schuldigen Zähne *keine* Schmerzen verursachten. Ref.)

Verf. theilt dann einen sehr interessanten Fall mit. Ein 27 jähriger, zu nervösen Erkrankungen nicht disponirter Kaufmann, litt an heftigen Schmerzen des rechten oberen Centralschneidezahnes. Der Zahn wurde mit Cement plombirt. Die Schmerzen steigerten sich, dazu kam eine Anschwellung hinter dem Zahne am Gaumen. Nach einigen Tagen Nachlass der Schmerzen, Fortbestehen der Anschwellung. Zehn Tage nach dem Plombiren ein epileptischer Anfall. Pat. hatte nie an Epilepsie gelitten. Die Gaumenanschwellung rückte in den nächsten Wochen weiter nach hinten und oben, fühlte sich wie ein Gummiballen an und entleerte täglich auf Fingerdruck viel Eiter. Der epilept. Anfall wiederholte sich nach Monaten, kehrte in kürzerer Zeit wieder, trat später nach Wochen auf und nach $1^1/_2$ Jahren vom ersten Anfall an gerechnet, mehrmals in jeder Woche. Die haselnussgrosse Schwellung am Gaumen blieb während dieser Zeit fortbestehen.

Vor jedem Anfalle eine vasomotorisch-psychische Aura: Unruhe, Aufregung, geröthetes Gesicht, unangenehm prickelndes Gefühl im Unterkiefer, Kitzeln in der Nase. Der Anfall zeigte doppelseitige Convulsionen. Behandlung: 4 bis 12 Gramm Bromsalze pro Tag. Atropin war auch versucht. Vegetabilische Diät. Alles ohne Erfolg. Verf. extrahirte den kranken Zahn. *„Von Stund an blieb jeder epileptische Anfall bis jetzt — 4 Jahre sind seitdem verstrichen — aus"*.

Erlenmeyer.

---

516) **Savage**: Two examples of the effect of removal of higher power of self-control: one due to chronic insanity with recurrend outbrecks; the second due to the inhalation of Chloroform. (Zwei Beispiele für den Einfluss des Verlustes der Selbstbeherrschung: eines auf Grund chronischer Geisteskrankheit mit recurirenden Excerbationen, das andere auf Grund von Chloroforminhalation.) (The journ. of ment. science. Juli 1885.)

Dass chronische Geisteskranke in der Abtheilung für Unruhige sich ruhig verhalten während jede Versetzung in eine andere ruhigere einen Rückfall in die frühere Aufregung bewirkt, ist eine von jedem Anstaltsarzte gemachte Beobachtung, der mitgetheilte erste Fall hat somit kein weiteres Interesse. Mehr der zweite, in dem Cloroformi-

rung für die Dauer der Wirkung die frühere Unruhe mit denselben Vorstellungen hervorrief. Später hatte eine kleine Dosis Hyoscyamin dieselbe Wirkung. Matusch (Sachsenberg).

517) **Savage**: Case of marked hysteria in a boy of elefen years. (Fall von deutlicher Hysterie bei einem 11 jährigen Knaben.) (The journ. of ment. science. Juli 1885.)

Der bis dahin gesunde und intelligente Knabe wurde vom Tage der Beerdigung seiner Schwester an unlustig, stumpf, appetittlos und verstopft, verweigerte die Nahrung, während er sich heimlich Brod verschaffte und äusserte, dass nichts bei ihm durchginge während er verstohlen den Koth aus dem Fenster warf. Der Zustand verschlimmerte sich in den folgenden Monaten, später wollte Patient nicht gehen können, sass zusammengerollt oder stand auf dem äusseren Fussrande, wickelte sich das Gesicht mit einem Taschentuche ein und schrie stundenlang. Zweckmäsige Behandlung in einer Anstalt besserte ihn schnell. Matusch (Sachsenberg).

518) **Carlyle Johnstone**: Case of profound and somewhat prolonged suicidal melancholia, diarrhoea with fever; recovery. (Schwere und lang dauernde Melancholie mit Selbstmordneigung. Genesung nach fieberhafter Diarrhoe.) (The journ. of ment. science. Juli 1885.)

In Hinsicht auf die Symptome und die lange Dauer der Krankheit (fast 2 Jahre), wurde der Fall bereits als unheilbar angesehen. Verf. will die 14 tägige Diarrhoe nicht grade als Ursache der ziemlich schnellen Genesung bezeichnen, doch sei das Zusammentreffen immerhin bemerkenswerth. Matusch (Sachsenberg).

519) **W. C. Beatley**: General Paralysis of the insane. A study of the deep reflexes etc. of the spinal cord. (Dementia paral. Eine Studie über die tiefen Reflexe etc. des Rückenmarkes.) (Brain, April 1885).

Dass das Verhalten des Kniephänomens und des Fussclonus wichtige Zeichen des Zustandes des Rückenmarkes bei Paralyse sind, ist mehrfach bestätigt, ebenso dass spinale Affectionen häufig neben der Paralyse bestehen; mit anderer Beobachtungen steht indessen der Verfasser in Widerspruch, wenn er gefunden hat, dass bei fehlendem Kniephänomen und Fussclonus die Paralyse in einer gewissen depressiven Form einhergeht und apoplectiforme Anfälle häufiger auftreten, während bei Anwesenheit von Fussclonus und bei erhöhtem Kniephänomen die exaltirte Form vorherrsche. Nach dem Verhalten der tiefen Reflexe unterscheidet Verf. drei Classen; eine tabische Form mit Sclerose der Hinterstränge, eine paralytische Form mit Lateralsclerose und eine dritte, in der das Rückenmark nicht erkrankt ist, bei der es sich demnach um eine Cerebral-, nicht um ein Cerebrospinalleiden handelt. Das Material bildeten 65 Fälle, bei denen das Kniephänomen 11 mal normal, 8 mal leicht, 18 mal deutlich erhöht, 5 mal vermindert, 18 mal fehlend gefunden wurde. Fussclonus war in 17 Fällen vorhanden, in dreien einseitig. Matusch (Sachsenberg).

520) **Statistik der Selbstmorde in England und Wales.**
(The Journ. of ment. science. Juli 1885.)

Hiernach kamen in den Jahren 1861—1883 auf das Jahr durchschnittlich 1900 Selbstmorde vor, 61—80 pro Million Einwohner. Im Ganzen begingen in diesem Zeitraum 22954 Männer und 8022 Frauen Selbstmord. Die höchste Ziffer fällt auf die Lebensjahre 55—65, eine wenig niedrigere auf das Decennium 65—75, die ihrerseits das Dez. 45—55 bei Männern und 35—45 bei Frauen übersteigt. Die Zahl der Selbstmorde ist absolut und relativ im Wachsen.

Matusch (Sachsenberg).

---

521) **Eastern Michigan Asylum zu Pontiac.** Jahresbericht 1883 bis 1884.

In Behandlung befanden sich am 1. 10. 1882 541, am 1. 10. 83 640, verpflegt wurden 1883 806, 1884 833 Kranke. Abgang 1883 (1884) geheilt 46 (62), gebessert 69 (64) ungeheilt 8 (20), gestorben 42 (29). Der höchste Bestand an einem Tage war 663, der niedrigste 540. Die Zahl der Angestellten betrug am 30. 9. 1884 150.

Matusch (Sachsenberg).

---

522) **Ivan Rohacek:** Aerztlicher Bericht der Kaiserl. Oesterr. Landesirrenanstalt in Stenjevec bei Agram für das Jahr 1884.

Die Anstalt, 7 Kilometer westlich von Agram gelegen, im Pavillonsystem erbaut, ist am 15. und 16. November 1879 eröffnet worden. Verf. des vorliegenden Berichtes ist Director derselben. Sie besteht aus einem Centralgebäude mit vor- und rückspringenden Flügeln für Ruhige und Halbruhige, 2 Pavillons für paralytische Männer und Frauen, 2 Pavillons für Tobsüchtige, 1 Pavillon für epidemische Krankheiten. Sie hat eigene Wasserleitung und Gasanstalt. Das Centralgebäude wird mit Caloriferen, die Pavillons mit Füllöfen geheizt. Die Anstalt verfügt über Ackerland zur landwirthschaftlichen Beschäftigung der Kranken. Zahl der Betten 250, zur Noth können 300 Kranken aufgenommen werden.

Die höchsten Krankenbestände seit Eröffnung der Anstalt waren folgende: 30. XII. 1879 81 M. 55 W., 1. X. 1880 123 M. 86 W., 10. XII. 1881 143 M. 102 W., 21. XII. 1882 147 M. 103 W., 6. X. 1883 168 M. 122 W., 27. V. 1884 165 M. 132 W.

Im Ganzen wurden seit Bestehen der Anstalt bis Ende 1884 verpflegt 1084 M. 748 W. in Summa 1832 Kranke.

Im Jahre 1884 betrug der *Zugang* 67 M. 59 W., in Summa 126, der *Abgang* 84 M. 39 W. zusammen 123 Kranke. Von diesen waren *genesen* 2 W., *gebessert* 19 M. 19 W., beurlaubt, in häusliche Pflege geschickt und gegen Revers entlassen 12 M. 6 W., in andere Anstalten transferirt 4 M., *entwichen* (und nicht zurückgebracht? Ref.) 10 M. 1 W., *gestorben* 39 M. 11 W.

Auf die 409 Kranke berechnet, die 1884 im Ganzen verpflegt wurden beträgt die Zahl der Genesenen und Gebesserten zusammen

9,7%, die Zahl der Gestorbenen 12,2%; auf die Zahl der Abgänge berechnete jene 32,5%, diese 40,6%.

Die 409 Kranken vertheilten sich auf die einzelnen Krankheitsformen wie folgt: *Manie* 31 M. 32. W., *Melancholie* 24 M. 34 W., *Vesania* 66 M. 44 W. *Anoia* 58 M. 42 W. *Paralytische Psychose* 37 M. 10 W. *Epileptische Psychose* 19 M. 12 W.

Von diesen Kranken waren *ledig* 125 M. 70 W., *verheirathet* 92 M. 71 W., *verwittwet* 17 M. 32 W., *unbekannt* 1 M. 1 W.

Die Krankheitsursachen sind sehr eingehend aufgeführt, sowohl nach einzelnen als auch nach concommittirenden Factoren. Auffallender Weise fehlt unter ihnen absolut die Syphilis.

Die Todesursache ist bei allen 50 Gestorbenen durch Section festgestellt. Die höchste Ziffer stellen Atrophia cerebri (16) und Tuberculosus pulmonum (15). Erlenmeyer.

III. Aus den Vereinen.

Practitioners society of the city zu New-York.

Sitzung vom 3. April 1885. (The medic. Record 18. April 1885).

523) **C. L. Dana**: *Bilateral clonic spasm of the platisma myoid muscles.* (Krampf des Platysma.)

Dieser bisher einzig dastehender, einen 27 jährigen Mann betreffenden Fall von doppelseitigem clonischen Krampfe des platysm. myoid., welcher hauptsächlich bei nervösen Erregungen auftrat, übrigens auch zeitweise die mm. pectorales in Mitleidenschaft zog, hatte seine Ursache wahrscheinlich in Masturbation und heilte innerhalb 3 Monaten durch Arsenik. Voigt (Oeynhausen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Osnabrück, zwei Assistenzärzte, 900 M., freie Station. 2) Neustadt (Westpreussen), Assistenzarzt, 1500 M. und freie Station. 3) Leipzig (Irrenklinik), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat. 4) Schwetz (Westpreussen), Assistenzarzt, 1. October, 1500 M. und fr. Stat. 5) Alt-Scherbitz, Assistenzarzt, 15. November, 1500 M., fr. Stat. 6) Bernburg, Assistenzarzt, 1500 M. und fr. Stat. 7) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Decbr., 900 M. und fr. Stat. 8) Saargemünd, Director, 1. April 1886 (Herr Dr. Freusberg übernimmt die Dr. Herz'sche Privatirrenanstalt in Bonn) Meld. an das Reg.-Präsidium in Metz.

Titel. Dr. Stark, Director in Stephansfeld: Sanitätsrath.

Um gefällige Einsendung von Separat-Abdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Die nächste Nummer wird 2 Druckbogen enthalten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 1. Dezember 1885. Nro. 23.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. II. Berliner medicinische Gesellschaft.

II. Referate und Kritiken. Hamilton, Beevor: Ueber das Corpus callosum beim Embryo. Brown-Sequard: Physiologie des Gehirns. Haycraft: Die Ursache der Empfindung. Féré: Empfindung und Bewegung. Sternberg: Zur Lehre von den Vorstellungen über die Lage unserer Glieder. Friedmann: Ein Fall von Ependymwucherung mit subependymärer Sklerose im Bereich der Hirnventrikel bei einem Paralytiker, vorzüglich auch als Beitrag zur Lehre von der pathologischen Faserneubildung im Gehirn. Rumpf: Beitrag zur pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems. Oppenheim: Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. Althaus: Ein Fall von syphilitischen (?) Geschwülsten der Gehirnhäute. Hebold: Casuistische Mittheilungen aus der rheinischen Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn. Westphal: Ueber einen eigenthümlichen Symptomenkomplex bei Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks. Raymond: Tuberculöse Meningitis beim Erwachsenen. Transitorische Aphasie. Hadden: Fälle, welche die Symptome und Behandlung des chronischen Alcoholismus, insoweit derselbe das Nervensystem afficirt, illustriren. Gowers: Ein einleitender Vortrag zu einer Discussion über den diagnostischen Werth der sog. „Sehnenreflexe", Charcot und Richet: Ueber ein bei Hysterie beobachtetes und der paradoxen Contraction analoges Muskelphänomen. Charcot: Zittern, choreaförmige Bewegungen und Chorea rhythmica. Liebert: Epilepsie durch Extraction eines Zahnes geheilt. Mercklin: Zur Symptomatologie der Epilepsia mitior. Dudley: Rückenmarkserkrankung mit Geistesstörung. Cullerre: Ueber psychische Degeneration auf dem Lande. Camuset: Veränderungen der Dura Mater bei Paralyse. Martinenq: Wiederholte Selbstverstümmelung bei einer Melancholischen. Paris: Allgemeine Paralyse im Gefolge von Sonnenstich. Peretti: Ueber die Beeinflussung der Geistesstörung durch Schwangerschaft. Konrád: Zur Lehre von der akuten hallucinatorischen Verworrenheit. v. Krafft-Ebing: Raubmord, Moralisches Irresein. Wahrscheinliche Epilepsie. Simulation von Blödsinn. Facultäts-Gutachten der Grazer medicinischen Fakultät. v. Monakow: Ein Fall von Selbstbeschuldigung bei Schwachsinn und Melancholie. Motivirtes Obergutachten über den Geisteszustaud der Anna Helene Br. von Biberach.

III. Tagesgeschichte.

IV. Personalien.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. November 1885.

524) Vor der Tagesordnung stellt Herr **Uthoff** einen *Fall von einseitiger Thränensekretion* vor. Es handelt sich um ein Mädchen, welches im August 1885 mit Reissen im Gebiete des zweiten Astes

des rechten Trigeminus erkrankte und desshalb einen schadhaften rechten Schneidezahn extrahiren liess. Alsbald nach der Extraktion traten auch Schmerzen im rechten Auge und der Schläfengegend auf und nur das linke Auge zeigte Thränensekretion. Am anderen Tage waren in der Tiefe des rechten Auges noch Schmerzen und nach einer poliklinischen Behandlung von mehreren Tagen blieb das Auge noch etwas empfindlich und zeigte keine Thränensekretion weder bei psychischer Erregung noch reflektorisch. Dabei bestand eine Parästhesie im Gebiete des zweiten Astes des Trigeminus, besonders am Gaumen, und der N. infraorbitalis war auf Druck empfindlich. Jetzt sind die Sensibilitätsstörungen ganz verschwunden. Die Thränensekretion ist dagegen rechts nicht wiedergekehrt, es thränt bei Reizung der Augen nur das linke Auge.

Vortrag. nimmt eine mit der Zahnextraktion in Zusammenhang stehende aufsteigende Neuritis im zweiten Aste des Trigeminus an, die schliesslich zu einer Lähmung des Nervus lacrymalis führte.

In der *Discussion* berichtet Herr Oppenheim über einen ähnlichen Fall von einseitiger Thränensekretion bei syphilitischer Augenmuskellähmung und Herr Remak erwähnt das Vorkommen genannter Erscheinung bei Trigeminusneuralgie, während Herr Uthoff betont, dass merkwürdigerweise in seinem Falle das Fehlen der Thränensekretion die einzige krankhafte Erscheinung sei.

525) **Krause:** *Ueber Funktionsstörungen des Kehlkopfes bei Erkrankungen des Centralnervensystems.* (Autorreferat.)

K. hat in der Nerven- und psychiatrischen Klinik der Charité nahezu 200 Kranke mit den verschiedensten Centralaffectionen untersucht und beobachtet. Bei *Chorea* zeigte sich fast regelmässig zitternde Action der schwach gespannten Stimmbänder und Parese der Adductoren. Choreatische Bewegungen der Kehlkopfmuskeln wurden nicht beobachtet. In einem Falle von *Lues spinalis* war das linke Stimmband unbeweglich nahe der Mittellinie und wurde zugleich mit den linken Extremitäten nach einer Schmierkur wieder funktionsfähig. Bei *Bleilähmung* waren 6 Fälle ohne Befunde. Ein Fall zeigte Paralyse des linken Stimmbandes; ein zweiter auffällig zitternde Bewegung der Stimmbänder und Adductorenparese. In einem Fall von *Tumor cerebri* (Gliosarcoma corp. striat. et lobi temp. sim.) war die rechte Kehlkopfhälfte paralytisch. Der Fall ist zwar nicht verwerthbar für eine genaue Lokalisation, bestätigt aber ebenso wie ein später zu erwähnender von Pseudobulbärparalyse die Existenz eines cerebralen Centrums für die Larynxmuskulatur. Bei *Hysterie, Hystero-Epilepsie* und *Epilepsie* fand sich (meist links, wie auch am übrigen Körper) Hemianästhesie der Schleimhaut der Nase, des Velum palat., des Pharynx, Larynx und der Trachea, in einem Falle perverse Action der Stimmbänder (Zusammentreten bei der Inspiration, weitestes Klaffen der Glottis bei Exspiration und Phonation). In 2 Fällen von *Railway-spine,* in denen weitverbreitete Anästhesie der Haut vorhanden war, fand sich dieselbe mit Ausnahme weniger unregelmässiger Stellen auch an den Schleimhäuten der oberen Luftwege. Ein Fall von *Pseudo-*

bulbärparalyse (Obductionsbefund: mehrere zerstreute Herde in der Marksubstanz des Grosshirns) zeigte hochgradige Adductorenparese des rechten und totale Paralyse des linken Stimmbandes (die linken Extremitäten sind gelähmt). Von 4 Fällen von *Aphasie* zeigte der eine eine innerhalb der Beobachtungsdauer von 5 Wochen stetig zunehmende Verschlimmerung der Bewegungsstörungen am Larynx und zwar der Paresen der Stimmmuskeln, so dass eine auffallend mühevolle Phonation, sowie Vertiefung und Vergröberung der Stimme eintrat. In der *progressiven Paralyse* erschien die näselnde Sprache abhängig von Parese des Velum palat., die Vertiefung der Stimme von Schlaffheit und Atrophie der Stimmbänder, während die reflectorisch funktionirenden Respirationsmuskeln ihre volle Funktionsfähigkeit bewahren. Ein ähnlicher Befund ergab sich bei der *multiplen Sclerose*. Die *progressive Bulbärparalyse* hat häufig einseitige Paresen oder Totallähmungen der Constrictores pharyng. und der Larynxmusculatur, auch Sensibilitätsstörungen im Gefolge. Zuweilen aber kommt bei derselben ein oder doppelseitig die dauernde Medianstellung der Stimmbänder vor, welche man bisher ausschliesslich mit dem Namen „Posticuslähmung“ belegt hat, und welche, wie der Vortr. experimentell nachgewiesen hat, in einer grossen Zahl von Fällen auch durch die spastische Contractur der Stimmbandadductoren hervorgerufen wird, eine Deutung, welcher neuerdings u. A. Köhler und besonders Gerhardt und Michael beigetreten sind. Zum Beweise, dass diese Pathogenese auch bei centralen Läsionen vorkommt, wird ein Fall angeführt, in welchem nach syphilitischer Infection im Verlaufe der Bulbärparalyse ganz urplötzlich ein Gefühl heftiger Zusammenschnürung im Halse und seitdem andauernde Dyspnoe auftrat. Die Stimmbänder standen dauernd unverrückbar fest und so stark gespannt in Medianstellung, dass der exspiratorische Phonationsstrom der Luft nicht diese, sondern die Taschenbänder vicariirend in Vibrationen versetzte. Die Section ergab u. A. eine derbe Verwachsung der Dura mater mit der Arachnoidea, dem unteren Theile des Bodens des IV. Ventrikels aufgelagert. Die Entscheidung kann hier nur schwanken zwischen spastischer und Reflexcontractur in Folge einer Läsion des Kernes des Laryngeus sup. — Auch in einem zweiten Falle trat die Dyspnoe ganz plötzlich auf der Strasse ein und zeigte sich doppelseitige Adductorencontractur. Bei der *Tabes* hat Vortr. in 38 Fällen gröbere Funktionsstörungen 13 mal gefunden und zwar Paresen und Paralysen aller Art, die zuweilen kommen und gehen und wiederkommen. Dabei finden sich häufig keine gröberen Stimmstörungen. K. führt das Beispiel eines tabischen Lehrers an, der trotz Paralyse eines Stimmbandes Gesangunterricht ertheilte. Das Auffälligste sei das Vorkommen echter Ataxie an den Stimmbändern, ruckweise Bewegungen derselben, und Stehenbleiben auf halbem Wege zur Adductions- oder Inspirationsstellung, ähnlich den ruckweisen Zuckungen der Bulbi, welche Friedreich als ataktischen Nystagmus bezeichnet hat. — In 3 Fällen von *Larynxkrisen* bei Tabes konnte Vortr. eigenthümliche Reizerscheinungen im Kehlkopfe und in jedem Falle doppel-

seitige Adductorencontractur der Stimmbänder nachweisen. Die Anfälle liessen an Zahl und Intensität auffallend nach, und hörten zeitweise ganz auf nach Einpinselung von Cocain (Fall aus der Gerhardt'schen Klinik). Auf Grund dieser Beobachtung von den den 3 Fällen gemeinsamen eigenthümlichen Reizerscheinungen und Adductoren-Contracturen der Stimmbänder, sowie der Thatsache, dass electrische Reizung des Laryngeus sup. sowie mechanische oder chemische Reizung der in der Lungenschleimhaut vertheilten Endigungen dieses Nerven reflectorisch Glottisschluss hervorruft, sowie dass die laryngospastischen Anfälle sich auf Application von Cocain auf den Larynx vermindern und zeitweise ganz aufhören, betont Vortr. einen Zusammenhang zwischen diesen Reizerscheinungen und jenen Anfällen. Da hierzu noch der Befund von Degeneration im Vagus bei Larynxkrisen kommt, so schliesst K., dass in den angeführten Fällen den objectiven Befunden eine durch den Degenerationszweig im Laryngeus sup. hervorgerufene Reflexcontractur der Stimmbandadductoren zu Grunde liege, welche gelegentlich durch peripherische oder centrale Reize zu völligem spastischem Glottisschlusse gesteigert werden könne.

In der *Discussion*, an welcher sich die Herren Thomsen, Krause und Remak betheiligten, deutet letzterer bezüglich der centralen Entstehung der Posticuslähmung auf die partielle Kernlähmung hin, wie er sie auch bei Kinderlähmung gefunden.

526) **Oppenheim:** *Beiträge zur Kenntniss der multipten degenerativen Neuritis.*

Vortrag. berichtet über einen Fall von tödtlich verlaufener multipler Neuritis. Der 40 jährige Patient war apathisch, somnolent aufgenommen worden. Es liess sich nur feststellen, dass er seit 2 Monaten an Schmerzen, sowie an einem Gefühle von Taubheit in den Beinen und an Schwäche derselben litt. Bei der Untersuchung fand sich eine vorgeschrittene Lungenphthise, Schwäche und Atrophie der Beine und zwar waren die Strecker besonders schwach. Die elektrische Erregbarkeit war Anfangs nicht verändert, später bestand Entartungsreaktion im Musc. tibialis anticus. Die Sensibilität war nicht gestört, nur das Muskelgefühl war theilweise in den Füssen aufgehoben, die Sehnenphänomene fehlten. Blase und Mastdarm waren intakt. Druck auf die Muskeln und später auch auf die Nerven war schmerzhaft. Die Arme verhielten sich normal. Tod nach einigen Wochen an der Lungenphthise. Section: Die Muskeln der Beine waren atrophisch, die Knochen brüchig. Im Gehirn und Rückenmark war makroskopisch nichts besonderes. Mikroskopisch zeigten die Muskeln der Beine, und besonders der Musc. tib. ant., einen fettig-körnigen Zerfall, die Nervenstämme und insbesondere der Ast für genannten Muskel eine degenerative Atrophie, die nach dem Centralorgane hin weniger stark war. Das Rückenmark war intakt bis auf eine kleine Stelle im oberen Lendenmark und zwar war hier das Vorderhorn in geringer Ausdehnung geschrumpft, ferner waren in gleicher Höhe die vorderen und hinteren Wurzeln sowie ein Theil der Hinterstränge erkrankt.

Die Veränderungen der Nerven sind im vorliegenden Falle bei der Geringfügigkeit der Rückenmarksläsion nicht von den Veränderungen im Rückenmark abhängig. Das schädliche Agens, welches die ganze Krankheit bedingt, hat vielmehr an verschiedenen, central und peripherisch gelegenen Punkten angegriffen (Leyden, Strümpell) und zugleich motorische und sensible Bahnen afficirt. (Discussion verschoben.) Otto (Dalldorf).

II. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. November 1885.

227) **Heymann:** *Ueber Intoxikation durch Cocain.*

Vortrag. erwähnt kurz die wenigen Fälle, bei denen nach subcutaner Anwendung des Cocainum muriaticum Vergiftungserscheinungen aufgetreten sind, und berichtet alsdann über einen selbst beobachteten Fall von Intoxikation nach äusserlicher Anwendung des Mittels. Einem 9jährigen Knaben aus gesunder Familie waren schon mehrmals unter Cocainanwendung Papillome des Kehlkopfes entfernt werden. Es war noch eine letzte Operation nöthig und es wurde desshalb im Rachen und Kehlkopf circa 5 Gr. einer 20% Lösung von Cocainum muriaticum (Merck) eingepinselt. Alsdann trat Schwindel und Uebelkeit auf, während die Kehlkopfschleimhaut anästhetisch war bei vorhandenen Reflexen. Die Exstirpation der Papillome wurde desshalb rasch vorgenommen, aber der Knabe begann danach auf dem Stuhle zu schwanken und verfiel auf das Sopha gelegt, in einen Zustand von Apathie. Bei Ansprechen gab er Antwort, konnte auch lesen, er hatte keine Schmerzen, keinen Hunger, der Gang war schwankend und musste Patient dabei geführt werden, die Cornea war empfindlich gegen Berührung. Nach 2 Stunden war die Anästhesie des Rachens verschwunden, der Puls war voll, frequent, Athemfrequenz 30, Temperatur 38,2° C. Dieser Zustand dauerte 5 Stunden und Patient konnte zuletzt gar nicht gehen. Später wurde Puls und Athmung wieder langsamer, sodass Patient Abends nach Hause entlassen werden honnte und dort alsbald einschlief, nachdem er vorher seinen Hunger gestillt hatte. Am anderen Tage wusste er von nichts und fühlte sich wohl.

In der *Discussion* äusserte Herr Litten seine Bedenken gegen den subcutanen Gebrauch von Cocainum muriaticum insbesondere bei nervösen Leuten; da maniakalische und Tobsuchtsanfälle bei denselben danach eintreten können. Für gewöhnlich bei sonst gesunden Individuen erhöht das Cocain den Blutdruck und steigert die Herzaktion: es entsteht alsdann ein Wärmegefühl in Folge der gesteigerten Blutzufuhr zu den Organen und nach 20 Minuten bis 2 Stunden verschwindet diese Erscheinung wieder. Bei nervösen Leuten sind indess nur kleine Dosen anzuwenden, da die Wirkung eine viel weitergehende sein kann, wie oben erwähnt wurde. Von ungünstigen Nebeneinwirkungen sah Vortrag. noch Trockenheit im Hals und Reflexschlingkrämpfe, ferner Verschlechterung des Appetites. Dagegen rühmt er das Cocain gegen Salivation. Herr Fürstenheim theilt einen Fall von Lithotripsie mit, bei dem in die mit Erosionen versehene Harn-

blase etwa 1 Gr. Cocainum muriaticum in 2% Lösung eingespritzt worden und 20 Minuten geblieben war, ohne dass trotz der günstigen Resorptionsverhältnisse eine Spur von Vergiftungserscheinungen zu constatiren war, und räth das Mittel nicht ohne weiteres fallen zu lassen. Herr Boecker sah bei lokaler Applikation von etwa ½ Gr. Cocain im Rachen dreimal unangenehme Nebenwirkungen und zwar starkes Brennen, Hitzegefühl im Hals, darauf Husten, Würgen, Erbrechen und Röthung des Gesichts. Er empfiehlt daher eine andere Applikationsweise des Cocains und zwar die mehrmalige Berührung der betreffenden Stellen mit den durch die Lösung befeuchteten Instrumenten. Die Empfindlichkeit der Schleimhaut ist danach noch am nächsten Tage herabgesetzt und eine allgemeine Intoxikation ist bei so kleinen Dosen nicht zu befürchten. Herr B. Fränkel erwähnt die noch nicht veröffentlichten Untersuchungen Krüger's über die Einwirkung des Cocains auf den Kreislauf der Froschzunge. Um ein Stückchen Cocain erweitern sich die Arterien und Venen rasch ampullenartig, mehr allmählig jedoch bei Anwendung einer Lösung des Mittels. Um die zuerst eintretende Verengerung der Gefässe anschaulich zu machen bedarf man eine ganz verdünnte Lösung. Für den innerlichen Gebrauch des Cocains kann man ohne Gefahr bis zu 0,2, für den äusseriichen bis zu 0,3—0,4 Gr. gehen. Herr Hirschberg hat bei zahlreichen Augenoperationen, die allerdings nur ganz kleine Dosen erfordern, niemals eine ungünstige Wirkung gesehen. Herr Heymann bemerkt noch, dass sein Patient während des Einpinseln etwas von der Cocainlösung verschluckt habe. Bei Erwachsenen habe er 1 Gr. Cocain ohne üble Folge im Kehlkopf eingepinselt.

Otto (Dalldorf).

II. Referate und Kritiken.

528) **Hamilton** (Aberdeen): On the corpus callosum in the embryo. (Das Corpus callosum beim Embryo.) (Brain, Juli 1885.)

Verf. hat in einem Vortrage 1884 die Ansicht entwickelt, dass das corpus callosum nicht eine interhemisphärische Commissur, sondern eine wirkliche Kreuzung der meisten Fasern darstellt, die von der Rinde kommend sich nicht weiter unten kreuzen. Die Demonstrirung ist bei der Masse der Fasern im Balken des Erwachsenen äuserst schwierig und nach dem Vorgange Flechsig's hat H. das Gehirn 4 monatlicher Foeten geeigneter dazu gefunden, weil die Entwickelung des Balkens der aller übrigen Hirntheile vorangeht. Bei jüngeren Embryonen sind die Theile noch nicht entwickelt genug, bei älteren erschwert das Hinzutreten anderer Faserzüge die Untersuchung wie bei Erwachsenen. Zur Färbung ist Osmiumsäure, Fuchsin und Methylanilin angewandt worden, deren Resultate H. ausführlich beschreibt. Nach seinen Beobachtungen stellt sich der Faserverlauf so dar, dass gewisse Fasern von der Rinde in die obere Schicht des Balkens ein-

treten, sich in der Mittellinie mit denen der anderen Hirnhälfte kreuzen und von da das Cavum des Ventrikels umschlingend sich nach unten wenden, um den grössten Theil der inneren Kapsel, wenigstens ihres vorderen Umfanges, sowie der inneren Hälfte der äusseren Kapsel zu bilden. Das erklärt die eigenthümliche gebogene Gestalt des Balkens, hierdurch sei den Fasern die Möglichkeit verschafft, sich um den Seitenventrikel zu schlingen. Die Fasern von der äussersten Spitze des linken Stirnhirnes z. B. müssten demnach horizontal rückwärts zum Balkenknie gehen, sich mehr oder weniger schräg kreuzen und sich in kreisförmigen Zügen um das Vorderhorn bewegen, um schliesslich nach unten in die innere Kapsel zu verlaufen. Einen solchen bandförmigen Faserzug will H. deutlich am Embryo gesehen haben. In der Einleitung äussert sich H., dass die Annahme einer Commissur von vorn herein unwahrscheinlich sei, weil frühzeitige Erkrankung eines Theiles der Hirnrinde nothwendigerweise die mit ihm verbundenen in Mitleidenschaft ziehen müsse, wie dies Gudden's und Monakow's Experimente bewiesen, es müsste also die correspondirende Rinde ebenfalls erkranken, dies fand sich in einem Präparate seiner Sammlung. Matusch (Sachsenberg).

---

529) **C. Beevor:** On Prof. Hamiltons theory concerning the corpus callosum (preliminary note). (Zu Prof. H.'s Theorie über das corp. call. Vorläufige Mittheilung. (Brain, October 1885.)

B. widerspricht den Anschauungen Hamiltons. Die allgemeine Ansicht, dass der Balken in der That eine Commissur sei, habe sich nach seinen Präparaten als die richtige erwiesen. Der Beweis wird in einer ausführlicheren Arbeit folgen.

Matusch (Sachsenberg).

---

530) **Brown-Séquard** (Paris): Physiologie du cerveau. (Physiologie des Gehirns.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nro. 118.)

B. bezeichnete in der Sitzung der Société de biologie vom 10. October d. J. zu Paris die allgemein acceptirte Ansicht, dass sich die motorischen Fasern in den Pyramiden kreuzen, als eine irrige. Seine Beweise sind folgende 1) Verletzungen einer Pyramidenhälfte rufen bald in der correspondirenden bald in den entgegengesetzten Körperhälfte Paralyse hervor, 2) diese Paralyse betrifft wie die Casuistik lehrt, viel häufiger die Seite, von welcher die bulbäre Hemiplegie ihren Ursprung herleitet, 3) Durchschneidungen einer von den Pyramiden weiter abgelegenen Bulbushälfte bedingte immer auf der gleichseitigen Körperhälfte Motilitätsstörungen, 4) wenn man z. B. das rechte motorische Centrum nach einer Durchschneidung der entsprechenden Hälfte der Medulla oblongata galvanisirt, so genügt eine geringere Stromstärke, um die entgegengesetzte Körperhälfte in Bewegung zu setzen. Daraus folge, dass hier lediglich eine dynamische Wirkung in Frage komme, welche auch dann noch in den motorischen Centren fortdauere, wenn ein Querschnitt durch die oberste Partie einer Hirnhemisphäre gemacht worden ist. Pauli (Köln).

---

531) **John Haycraft** (Birmingham): An experimental enquiry into the nature of the objective cause of sensation. (Experimentelle Untersuchung über die Natur der objectiven Ursache von Empfindung). (Brain, Juli 1885.)

Verf. schliesst aus einer Reihe von interressanten Beobachtungen, dass die Qualität einer Empfindung hinsichtlich ihrer äusseren Ursache auf der Frequenz der Schwingungen des Reizes beruht, der die Empfindung hervorruft. Für Gesicht und Gehör ist dies lange bekannt, für Geschmack und Geruch vorauszusetzen, obgleich der Beweis bei der Eigenthümlichkeit der Reizeinwirkung vorläufig nicht zu führen ist, für das Gefühl und dessen Qualitäten will es Verf. beweisen. Ein Zahnrad, dessen Vorsprünge eine Hautstelle streifen, ruft bei einer bestimmten Häufigkeit der Eindrücke eine bestimmte Empfindung hervor bei langsamer Umdrehung wird jeder Eindruck für sich empfunden, bei häufigeren hat man das Gefühl der „Rauhheit" in verschiedenen Abstufungen, bei noch rascherer die Empfindung eines weichen rotirenden Rades; durch Drehung lässt sich die Zahl der Eindrücke genau so schätzen wie die Schwingungszahl einer Saite, d. h. deren Ton. Es ist hierbei gleichgültig ob der Reiz immer dieselbe Hautstelle betrifft oder die Haut bestreicht. Eigenthümlich verhält sich der Temperatursinn. Wird eine eiserne Kugel jede Secunde einmal an die Haut gebracht, so wird eine gleichmässige Temperaturempfindung wahrgenommen, bei mehr als einer Secunde eine getrennte, eine Aenderung der *Qualität* der Empfindung wird indessen durch die verschiedene Frequenz der Berührung nicht erzeugt; wir sind nur im Stande, die Quantität zu unterscheiden. Am blossen Arm wird die Berührung mit der Kugel alle Secunden einmal getrennt empfunden, an der Fingerspitze nicht, was theilweise der mehr oder minder dicken Epidermisschichte zuzuschreiben ist. — Verf. hat zur Demonstration der Theorie der Tastempfindung ein „Fühlbrett" construirt, das als ein Analogon des Monachord bezeichnet werden kann. Mehrere Stahlbänder sind auf einem Brett so ausgespannt, dass der Abstand der Enden auf einer Seite je 1 cm., auf der anderen $^1/_2$ cm. beträgt. Streicht man mit verbundenen Augen mit gleicher Geschwindigkeit die Fingerspitzen jeder Hand über die beiden Seiten des Instruments, so empfängt die eine Hand doppelt so viel Eindruck als die andere, die eine empfindet so zu sagen die Octave der anderen. Je nachdem der Abstand der Hände die Hälfte, ein Drittel der Länge der Bänder beträgt, ist die Empfindung eine verschiedene. Nach H. kann man noch einen „halben Ton" unterscheiden. Matusch (Sachsenberg).

---

532) **Ch. Féré** (Paris): Sensation and movement. (Empfindung und Bewegung). (Brain, Juli 1885.)

Der Titel: *Seele* und Bewegungen würde dem Inhalte der Arbeit besser entsprechen, da es sich Verf. zur Aufgabe gestellt hat, das reciproke Verhältniss zwischen seelischen Vorgängen und körperlicher Arbeitsleistung nachzuweisen, zumeist mit Hülfe des Dynamometers. Die Arbeit ist für eine kurze Inhaltsangabe nicht geeignet, es mag aber

doch bemerkt werden, dass F. auch die Eindrücke von den Sinnen aus in den Kreis seiner Untersuchungen gezogen hat und ihre dynamogene Wirksamkeit an Zahlen erörtert. Er fand z. B. bei einer Hysterischen den Handdruck nach Zucker = 29 Ko., nach Salz 35, nach Chinin 39 Ko.; bei einem den Versuchen beiwohnenden Arzte den Druck von 50—55 nach Riechen von Moschus in nächster Nähe auf 45 gesunken, bei Entfernung des Moschus auf 65 steigend. Ob derartige Experimente die sicheren Schlussfolgerungen des Verf. gestatten, mag dahingestellt sein.

Matusch (Sachsenberg).

---

533) **Sternberg** (Wien): Zur Lehre von den Vorstellungen über die Lage unserer Glieder. (Arch. f. Phys. 1885. Bd. XXXVII.)

Woher die Kenntniss von der Lage unserer Gliedmassen stammt, ist eine Frage, die von den Autoren sehr verschieden beantwortet worden ist. Ch. Bell und nach ihm E. H. Weber, Bernhard, Romberg, Duchenne, Vierordt, Sachs, Funke, haben die Quelle in Muskelempfindungen gesucht, Spiess, Lotze, Schiff in Hautempfindungen. Rauber glaubte den Ursprung in Sensationen der Vater'schen Körperchen gefunden zu haben, Bernhardt in Empfindungen von Haut, Fascien, Periost und den durch die Muskeln durchgehenden Nervenstämmen, Lewinski in Gelenks- und Knochenempfindungen; für einen gemischten Ursprung aus all' diesen Sensationen haben sich Leyden, Meynert, Nothnagel, Hitzig, Ferrier, Benedict, Erb, Eulenburg, Munk ausgesprochen.

Für die Perception *activer* Bewegungen scheint bereits Bell an eine Betheiligung des Willensimpulses gedacht zu haben, bestimmter hat dies Joh. Müller betont, dem sich Ludwig anschliesst. Graefe, Helmholtz, Hering, Bain, Benedict, Bernstein, Weir Mitchell, Stricker sehen diese centrifugale Erregung als hauptsächlichen oder einzigen Factor an; während Wundt daneben die oben erwähnten sensiblen Eindrücke mitwirken lässt.

Meynert, dem Wernicke und Munk folgen, negirt bekanntlich die Existenz willkürlicher Bewegungen im gewöhnlichen Sinne des Wortes, indem er diese durch das Bewusstwerden von Bewegungsvorstellungen ausgelöst werden lässt, welche zum Theile Residua der peripheren Empfindungen bei der Bewegung sind, zum Theil aus den „Innervationsgefühlen" der subcorticalen Centren resultiren. Mit diesen Innervationsgefühlen deckt sich ungefähr Duchenne's hypothetische „conscience musculaire", später von ihm „aptitude motrice independante de la vue" genannt.

Die verschiedenen Ansichten sind zum grössten Theile aus klinischen Beobachtungen gewonnen worden, zum Theil stützen sie sich auf das Thierexperiment. Einige Argumente entstammen auch der Selbstbeobachtung, sonst wurden am Gesunden noch Versuche mit Hautanästhesie von Heyd und von Rosenthal angestellt.

Im Folgenden sollen nun einige ganz einfache Versuche am ge-

sunden Menschen mitgetheilt werden, welche für die in Rede stehende Angelegenheit nicht ohne Belang sein dürften.

Wenn man nämlich die Hand so fixirt, dass einer der dreigliedrigen Finger — am besten der Zeigefinger — im Metacarpophalangealgelenke und im Gelenke zwischen Grund- und Mittelphalange möglichst gebeugt ist, während die anderen Finger in allen Gelenken vollständig gestreckt, womöglich dorsalflectirt sind, *so ist die Endphalange des gebeugten Fingers activ unbeweglich*, wie aus den anatomischen Verhältnissen leicht einzusehen ist.

Man macht nun den Versuch am bequemsten an sich selbst in folgender Weise: Handteller, Mittel-, Ringfinger und kleiner Finger der rechten Hand werden mit der Volarseite fest an die Tischplatte angedrückt, Zeigefinger und Daumen, der letztere in Abductionsstellung, ragen über den Rand derselben hinaus. Unter die Gegend des Carpus wird eine Unterlage von 1—2 cm. Höhe gebracht. Nun wird mit der linken Hand das Metacarpophalangealgelenk des Zeigefingers, sowie das Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalange möglichst stark gebeugt. *Intendirt man jetzt, ohne auf die Hand zu blicken, eine Beugung der Endphalange des Zeigefingers, so glaubt man dieselbe wirklich auszuführen.* Ein Blick auf den Finger lehrt, dass dies eine *Täuschung* ist.

Wenn man einem Andern bei verbundenen Augen die Hand in die angegebene Stellung bringt und ihn auffordert, die Endphalange des Zeigefingers zu beugen und dem Zeigefinger der andern Hand dieselbe Stellung zu geben, so sieht man, dass der Betreffende glaubt, er habe wirklich gebeugt.

Wir setzen also den Effect der Muskelcontraction als selbstverständlich voraus, wir verknüpfen mit dem Willensimpulse sofort die Vorstellung von der Bewegung, so dass wir dieselbe *für wirklich ausgeführt* halten, wenn sie *auch gar nicht eingetreten* ist.

Auch von den Kaumuskeln kann man eine ähnliche Täuschung erhalten. Fixirt man nämlich den Unterkiefer bei geöffnetem Munde, indem man etwa ein Stück Hartgummi zwischen die Zähne hält, und beisst schwach darauf, so hat man täuschend die Vorstellung, als ob sich die Kiefer einander näherten und die Zähne in den harten Gegenstand eindrängen. Man kann sich indess am Hartgummi leicht vom Gegentheil überzeugen, und eine Locomotion der Zähne in den Alveolen tritt bei mässigem Drucke gewiss nicht ein.

Es sind diese Versuche analog den Beobachtungen bei Paresen, bei Tenotomien und Myotomien, bei Amputationen (Graefe, Weir Mitchell, Wundt u. A.), in welchen Fällen die Kranken über die Grösse der Bewegung, über die Lage der Glieder im Irrthume waren. Inwieweit es sich in dem mitgetheiltem Falle um rein centrale Vorgänge handelt, inwiefern Empfindungen von dem Contractionszustande der Muskeln hiebei eine Rolle spielen, ist natürlich daraus allein nicht zu entscheiden, doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass für die Beurtheilung des *Maasses* der Bewegung der letztere Factor von Bedeutung ist.

Täuschungen durch unsere Sinne sind nur dann möglich, wenn die

Controle von Seite anderer Sinne fehlt. Bei unseren Versuchen wird offenbar auf die Controle, welche die Empfindungen in den angeblich bewegten Gliedern bieten, nicht geachtet. Diese Controle ist aber auch eine ziemlich mangelhafte, wie ein weiterer Versuch lehren mag:

Schaltet man nämlich in der angegebenen Weise die Muskelwirkung auf die Endphalange eines Fingers aus, giebt der letzteren dann bestimmte Lagen und lässt den Untersuchten dem entsprechenden Finger der andern Hand dieselben Positionen ertheilen, so sieht man — wenn die Hand exact fixirt ist — bedeutende Abweichungen. Man kann sich dagegen überzeugen, dass unter normalen Verhältnissen die Glieder der einen Extremität die der andern ertheilte Stellung mit der grössten Präcision nachahmen, „so dass mit dem blossen Auge nicht leicht Differenzen zu erkennen sind" (Leyden).

Es hat also in dem letzten Versuche durch die Ausschaltung der Muskelwirkung die Genauigkeit der Vorstellungen von der Lage des Gliedes bedeutend gelitten, es müssen daher die Empfindungen die aus der Spannung von Muskel und Sehne resultiren, für das Zustandekommen präciser Vorstellungen nothwendig sein. Da indessen mit der Aufhebung der Muskelwirkung die Vorstellung von der Lage des Gliedes nicht vollständig aufgehoben ist, so müssen wir noch Empfindungen von den bewegten Theilen haben, welche zu einer solchen einigermassen beitragen können. Das mögen nun Sensationen in der Haut, den Gelenken etc. sein.

Es berechtigen demnach die dargelegten Versuche zu dem Schlusse, *dass die Vorstellung von der Lage eines Gliedes auf dem Zusammenwirken verschiedener Empfindungen beruht, unter denen den Empfindungen in Muskel und Sehne eine besondere Wichtigkeit zukommt; dass wir ferner bei activen Bewegungen auf die von den bewegten Gliedern uns etwa zukommenden Lageempfindungen nicht nothwendig achten, sondern gewohnt sind, mit dem Willensimpuls sofort die Bewegung für ausgeführt zu halten.* E.

---

534) **Friedmann** (Stephansfeld): Ein Fall von Ependymwucherung mit subependymärer Sklerose im Bereich der Hirnventrikel bei einem Paralytiker, vorzüglich auch als Beitrag zur Lehre von der pathologischen Faserneubildung im Gehirn. (Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XVI. Band II. Heft pag. 289).

F. beschreibt und bespricht eingehend einen Fall von typischer Paralyse bei einem 47 jährigen Maschinenbauer, der seit 4 Jahren an nächtlichen Kopfschmerzen litt, dann 1881 unter Auftreten von Aufregungszuständen, Grössenideen, Unternehmungslust etc. psychisch erkrankte; rascher Uebergang in Demenz; Tod 1883.

Bei der Section fand sich im Hals- und oberen Brustmark nichts Abnormes; vom mittleren Dorsalmark an nach abwärts jedoch eine grau verfärbte, einsinkende Stelle im linken Hinterstrang. Im Gehirn, ausser Lepto- und Pacchymeningitis, Atrophia cerebri; makroskopisch Sklerose in der inneren Kapsel.

Lezterer Befund namentlich wird einer eingehenden Besprechung unterzogen und kommt F. dabei zu dem Endresultat, dass wenn auch der erste Ausgangspunkt dieses Prozesses mit aller Wahrscheinlichkeit in die tiefen Lagen des Ependyms verlegt werden muss, das trotz der vorhandenen Ependymwucherungen, die ganz den gewöhnlichen bei der Granulationsbildung beobachteten entsprechen, der Schwerpunkt des ganzen Prozesses auf den sklerosirenden und in die nervösen Lager eindringenden Veränderungen liegt.

Ferner demonstrire der Fall:

Erstens die Entstehung sklerotischen Bindegewebs ausschliesslich im direkten Zusammenhang mit Zellen.

Zweitens eine direckt vom Ependym aus in die unterliegende Nervensubstanz, speziell in die Basalganglien und die innere Kapsel sich fortsetzende bindegewebige Verdichtung.

Drittens eine etwas ungewöhnliche der Konsistens von Partien mit Spinnenzellenwucherung; statt der häufigeren Verhärtung: Auflockerung.

Ueber die Stellung des Prozesses in pathologisch-anatomischer Beziehung, namentlich über die Alternative, ob chronisch entzündliche oder spezifische (Gliom) Neubildung, spricht sich F. vorsichtig aus, neigt aber zu letzterer Annahme mit den Worten: „immer bleibt die massenhafte Ansammlung von gleichartigen characteristischen Zellformen, den Spinnenzellen, etwas, was an den Geschwulstcharakter erinnert.“

Ebenso lässt er die Frage nach der Genese der Faserzellen offen.

Zum Schlusse kommt F. noch auf die klinische Bedeutung der beschriebenen Veränderungen zu sprechen.

Zum besseren Verständniss der eingehenden Auseinandersetzung dieses interessanten Falles ist eine Tafel mit Abbildungen beigegeben.

Bastelberger (Eichberg).

---

535) **Rumpf** (Bonn): Beitrag zur pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, XVI. Band, II. Heft pag. 210.)

Unter diesem Titel veröffentlicht R. drei Beobachtungen. In der ersten bespricht er einen Fall, wo ein 31 jähriger, vorher gesunder Mann Syphilis acquirirt. Diese wird schlecht behandelt, rezidivirt und nun tritt nach einem Jahre unter Vorausgehen von Schwindelerscheinungen eine rechtseitige Lähmung des Körpers ein mit Ausschluss der Gesichtsmuskulatur. Der Prozess schreitet weiter; es kommt zur spastischen Lähmung der linken unteren Extremität, Gürtelgefühl, Inkontinenz des Urins und Stuhls. Einige Monate darauf kommt es zu Sensibilitätsstörungen an beiden unteren Extremitäten. Decubitus, Sopor, Tod.

Zu diesem Falle wird dann das Sectionsprotokoll gegeben und der Befund der mikroskopischen Untersuchung vom Gehirn und Rückenmark mitgetheilt. In der daran geknüpften ausführlichen Besprechung dieses Befundes, wird darauf hingewiesen, dass nichts im Wege stehe

die gefundenen Veränderungen als auf Shyphilis basirt anzusehen, ja dass sogar vieles darauf hindeutet; dass jedoch andererseits dafür kein strikter Beweis erbracht werden kann, so lange es nicht gelingt „das syphilitische Virus, welches aller Analogie nach ein organisirtes sein muss" in den betreffenden Geweben nachzuweisen.

Als zweiten Fall referirt R. eine Beobachtung von Atrophie der Centralwindungen nach spinaler Kinderlähmung. Ein an Phthisis pulmonum verstorbener 17 jähriger Mann hatte als Kind von 3 Jahren in Folge einer akuten fieberhaften Krankheit eine Lähmung der rechten Seite erlitten. Die Untersuchung der Centralorgane post mortem ergab ausser dem Befund am Rückenmark (Fehlen und Verminderung der multiplen Ganglienzellen u. s. w.), dass die Centralwindung der linken Seite einen beteutend geringeren Umfang hatte als die der rechten.

Makroskopisch war ein Unterschied nicht nachweisbar. Da durch den ferneren Befund im Gehirne eine primäre Erkrankung desselben, welche zu diesen Differenzen hätte führen können, ausgeschlossen werden musste, und derartige Differenzen, wie sie sich im vorliegenden Falle ergaben, normal wohl kaum vorkommen dürften, so muss man annehmen, dass es sich in diesem Falle um eine *Entwicklungshemmung der motorischen Gehirnpartien* im Anschluss an eine spinale Kinderlähmung handelte.

Der dritte Fall betrifft eine 8 wöchentliche Katze, bei welcher intra vitam aus den eigenthümlichen, eingehend beschriebenen Bewegungsstörungen, dem Fehlen jeder Lähmung u. s. w. die Diagnose auf Kleinhirnerkrankung gestellt werden musste. Die postmortale Untersuchung ergab eine einfache Atrophie des Kleinhirns.

Bastelberger (Eichberg).

---

536) **Oppenheim** (Berlin): Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. (Archiv f. Psychiatrie XVI. Band 2. Heft pag. 276.)

O. hatte Gelegenheit einen typischen Fall von Bleilähmung genau zu beobachten und intra vitam sowie post mortem zu untersuchen. Der Fall betraf einen 33 jährigen Schriftgiesser, der sich 20 Jahre lang ununterbrochen mit Blei und Bleistaub beschäftigt hat. Er hatte wiederholt an Koliken, sowie an Hirnerscheinungen (Delirien, Coma, Encephalopathia sarturnina) gelitten, und acquirirte nun 1879 eine Schwäche der unteren und kurz darauf auch der oberen Extremitäten. Die in der Nervenklinik der Charité vorgenommene Untersuchung weist beträchtliche Störungen der Motilität in den oberen Extremitäten (typische saturnine Extensorenlähmung) sowie in der unteren Extremität nach (Schwäche und Atrophie im rechten Cruralisgebiet, mit fehlendem Kniephänomen, atrophische Lähmung mit Entartungsreaktion in beiden Waden und eine Lähmung degenerativer Natur in den Fussgelenkstreckern namentlich der tibiales antici). Galvanische Behandlung bessert. Patient fährt fort mit Blei zu arbeiten.

Nach einigen Jahren (1884) traten wieder Hirnsymptome auf, sowie eine schwere Stomatitis. Aufnahme in die Nervenklinik der Cha-

rité. Die elektrische Untersuchung, die durch den somnolenten Zustand des Patienten hochgradig erschwert ist, ergiebt in der Hauptsache an den oberen Extremitäten vollständige Lähmung fast aller Strecker der Hand und Finger; für Bleilähmung charakteristische Stellung beider Hände. An den unteren Extremitäten Schwäche und Veränderung der elektrischen Erregbarkeit.

Tod 4 Tage nach der Aufnahme.

Die Section ergab. Granularatrophie der Nieren, Herzhypertrophie, hämorrhagischen Herd im rechten Schläfenlappen, apoplektische Cyste nach aussen vom Kopf des rechten corpus striatum. Bronchopneumonische Herde in den Lungen und starke Degeneration an den meisten Extremitätenmuskeln. Bei diesen werden die bekannten mikroskopischen Veränderungen gefunden. Degenerationszeichen namentlich am nervus tibialis posticus.

Am Rückenmark zeigt sich folgendes:

Erkrankung der grauen Vorderhörner (Hinterhörner zweifelhaft) fast durch das ganze Rückenmark hindurch. Weisse Substanz intakt.

Hauptsitz der Veränderungen: Hals und Lumbaranschwellung; von da nehmen die Veränderungen nach oben und unten ab.

Charakter der Veränderungen: Schwund und Schrumpfung der Ganglienzellen. Verarmung der grauen Substanz an Nervenfasern, Zunahme und Verdichtung des Gliagewebes; Vermehrung, Erweiterungen der Gefässe und Sclerosirung der Wandungen. Die Clark'schen Säulen erscheinen überall normal.

Die vorderen Wurzeln sind im Hals- wie Lendentheil im Wesentlichen normal.

In der Besprechung hebt nun O. hervor, dass man bei Betrachtung und Würdigung des Falles auf den ersten Blick die Meinung haben könne, es handle sich um eine Poliomyelitis anterior chronica mit konsekutiven atrophischen Lähmungserscheinungen an der Peripherie. Nun müsste man aber, da in einer Reihe genau untersuchter Fälle von Bleilähmung keine Rückenmarksveränderungen aufgefunden werden konnten, annehmen, dass diese Bleiintoxication mit einer gewissen Willkür solche Veränderungen bewirke.

Aus anderen Ueberlegungen resultire jedoch der Schluss, „*dass das Blei die Functionen der Ganglienzellen des Rückenmarks störe, lange Zeit bevor sich die materiellen Veränderungen an denselben unserem Auge bemerklich machen*“.

Ein gewiss intressanter Beitrag zu der Lehre von den sog. funktionellen Erkrankungen der Centralorgane!

Bastelberger (Eichberg).

---

537) **Althaus** (London): Ein Fall von syphilitischen (?) Geschwülsten der Gehirnhäute. (Archiv f. Psychiatrie XVI. Band. 2. Heft. p. 541.)

A. beschreibt einen eigenthümlichen Fall, wo ein 16 jähriges Mädchen aus guter Familie unter nervösen Symptomen (unbehülflicher Gang, Schwierigkeiten im Gebrauch der linken Hand) erkrankte. Die

verordneten Mittel halfen nicht, der Zustand schreitet fort, die Lähmung links wird stärker, es tritt Kopfweh und Erbrechen und zuletzt ein komatöser Zustand ein. Nun wird A. consultirt und diagnosticirt ein Tumor cerebri. Neun Tage danach starb die Patientin. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab, dass die verdickte, getrübte und verwachsene Pia und Arachnoidea dicht mit einer Menge kleiner graugelber Geschwülstchen besetzt war, welche sich als identisch mit syphilitischen Gummata erwiesen.

A. stellt nun die Alternative, entweder dass das Mädchen in füher Jugend inficirt wurde (durch Stuprum von zufälliger Inokulation) oder dass „*die gummöse Erkrankung der Hirnhäute auch auf nicht spezifischem Boden entstehen kann.*“

Bastelberger (Eichberg).

---

538) **Hebold** (Bonn): Casuistische Mittheilungen aus der rheinischen Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn. (Archiv f. Psychiatrie. XVI. Band. 2. Heft. p. 547.)

Der erste publizirte Fall betrifft eine 71 jährige Frau, die mehrere apoplektische Anfälle durchgemacht hatte, in deren Gefolge nacheinander Gedächtnissschwäche, rechtsseitige Motilitätsstörung, dann rechtsseitige Lähmung und *Aphasie* eintraten. Die Section ergab einen Erweichungsherd im linken Thalamus opticus, eine kleine Cyste im vorderen Theil des linken Gyrus fornicatus und einen graurothen Erweichungsherd in der linken Insel, der sich nicht wie es bei der makroskopischen Betrachtung schien, blos auf den vorderen Theil der Insel beschränkte, sondern sich auch noch erbsengross auf die weisse Substanz der dritten Stirnwindung fortsetzte.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein Sarkom im rechten Stirnhirn. Der Fall ist namentlich deswegen von grossem Interesse, weil hier durch eine Geschwulst ein grosser Theil des rechten Stirnhirns funktionsunfähig geworden war und so am Menschen durch einen Krankheitsprozess Verhältnisse hergestellt waren, wie sie Goltz und Munk durch Operationen an Affen und Hunden herzustellen bestrebt waren.

Es handelte sich um eine 75 Jahre alte Patientin, bei der vor $1^1/_2$ Jahren Gedächtnissschwäche dann seit $^3/_4$ Jahren steifer Gang und Knieschmerzen aufgetreten waren, dazu kam ein geringgradiger Erregungs- und Angstzustand, Incontinentia urinae, Kopfschmerz und eine eigenthümliche bis wenige Tage vor dem Tode beibehaltene Kopfhaltung, indem sie in gekrümmter Haltung im Bette lag, wobei sie den Kopf mit nach rechts gewandtem Gesicht nach vorne geneigt hielt, so dass sie die Kissen nicht berührte. Endlich Coma, Tod. Die Section (Prof. Koester) ergab ein Sarkom, welches in Apfelgrösse sich in der weissen Substanz der rechten Stirnwindungen etablirt hatte; von der Rindensubstanz waren hauptsächlich „die zwei oberen rechten Stirnwindungen“ zerstört.

Bastelberger (Eichberg).

---

539) **Westphal** (Berlin): Ueber einen eigenthümlichen Symptomenkomplex bei Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks.
(Archiv für Psychiatrie XVI Band II. Heft. p. 496 u. III. Heft. p. 778.)

W. beschreibt ganz eingehend einen genau beobachteten und nach allen Richtungen untersuchten Fall, der sowohl nach seinem klinischen als pathologisch-anatomischen Befunde eine ganz exceptionelle Stellung einnimmt und sich unter keines der bisher aufgestellten Krankheitsbildern einreihen lässt.

Der Fall ist in Kürze folgender: Ein 47 jähriger neuropathisch nicht belasteter Mann, der keine syphilitische Infection, kein Trauma erlitt und nicht Potator ist, erkrankt ganz allmählig.

Zuerst Neigung zu Schwindel und Ohnmacht, dann Taubheit im 3.—5. Finger beider Hände; hierauf Parese des linken Rectus internus mit Doppeltsehen, Ptosis; Schwäche der unteren Extremitäten, die allmählig bis zur fast vollständigen Lähmung sich steigert; Schwäche der oberen Extremitäten; später traten Erscheinungen von geringgradiger Rigidität in einzelnen Muskeln der unteren Extremitäten auf; paradoxe Contraktion, Steigerung des Kniephänomens.

Die Motorische Schwäche nimmt auch an den oberen Extremitäten allmählig zu, mässige Steifigkeit und paradoxe Contraktion trat ein. Am Kopfe zeigen die Kiefermuskeln ähnliche Abnormitäten; Zunge weicht sehr stark nach rechts ab.

Anfangs Blasenschwäche, schliesslich beständiges Harnträufeln.

Die Sensibilität war bei erhaltenen Hautreflexen fast über den ganzen Körper hochgradig gestört; die Störung kann auch allmählig steigen und greift zuletzt auch auf den Trigeminus beiderseits über.

Die Intelligenz war nicht wesentlich gestört. Von cerebralen Erscheinungen ist zu bemerken öfters Schwindel mit Ueblichkeit und Erbrechen, Beängstigungen und schlechter Schlaf. An den Augen wurde konstatirt erhebliche Einengung der Gesichtsfelder, Dyschromatopsie, Farbensehen, Flimmern, Augenhintergrund normal.

Etwas Schwerhörigkeit auf einer Seite.

Pulsfrequenz dauernd erhöht.

Patient starb nun am 26. Februar 1884, ohne dass es möglich war eine sichere Diagnose zu stellen.

Die am 28. Februar gemachte Section ergab in der Hauptsache folgende unerwartete Resultate.

Lungen in grosser Ausdehnung mit der Thoraxwand adhärend; rechte Lungenspitze ca. apfelgross schieferig indurirt.

Herz klein, schlaff-brüchig.

Muskeln der Bauch und Thoraxwand blass.

Decubitus am Kreuzbein und Anus.

Milz schlaff atrophisch. Nieren glatt atrophisch. Blase hypertrophisch. Rectum erweitert.

Gehirn zeigt mehrere durch verdickte Pia ausgefüllte Vertiefungen.

Rückenmark und Oblongata. Degeneration an den Hintersträngen in grosser Ausdehnung; Erkrankung an einzelnen Stellen der Seitenstränge und der Medulla oblongata. Besonders zu beachten ist bei diesen Veränderungen im Rückenmark das gleichzeitige Bestehen einer auf sensible und motorische spinale Nerven verbreiteten Atrophie nebst einer eigenthümlichen im frisch untersuchten musculus tibialis anticus constatirten Veränderung, welche auf eine Betheiligung der Muskeln an dem Prozesse hinweisen. Bastelberger (Eichberg).

---

540) **Paul Raymond**: Méningite tuberculeuse de l'adulte. — Aphasie transitoire. (Tuberculöse Meningitis beim Erwachsenen. Transitorische Aphasie.) (Le Progrès méd. Nro. 44. 1885.)

Am 30. Januar d. J. wird ein 31 jähriger Mann mit den Symptomen noch nicht sehr vorgeschrittener Lungentuberculose ins Krankenhaus aufgenommen. Am 7. Februar beginnt er zu stottern und in der folgenden Nacht zu deliriren. Er spricht unzusammenhängend, erhebt sich, um seine Bedürfnisse in der Mitte des Saales zu befriedigen und schreit plötzlich auf. In der Frühe des 8. Februars wird deutliche Aphasie constatirt. Pat. versteht, was zu ihm gesprochen wird, er vermag jedoch kein Wort hervorzubringen. Kopfschmerzen sind in mässigem Grade vorhanden, ebenso Incontinentia urinae et alvi. Kein Erbrechen, keine Contracturen als Lähmungserscheinungen; dagegen Hyperästhesie am ganzen Körper und fibrilläres Zittern. Leib nicht eingezogen. Temperatur 39,2, Puls klein, regelmässig, 130 Schläge in der Minute. Pupillen ungleich. Im Laufe des Tages macht sich stärkerer Stupor bemerkbar. Am folgenden Tage erscheint das Sensorium etwas freier; Patient bringt deutlich einige Worte hervor und bittet um die Erlaubniss, sich im Bette aufsetzen zu dürfen; später tritt jedoch wieder stärkere Benommenheit ein. Am 10. Verschlimmerung sämmtlicher Symptome und am 11. früh Exitus letalis. —

Autopsie. Dura mater intact. Beim Herausnehmen des Gehirns ergiesst sich aus den Seitenventrikeln eine recht erhebliche Quantität trüber, dunkelgelber Flüssigkeit. An der Basis des Hirns nichts Abnormes. Die Pia mater ist auf der ganzen linken Hemisphäre entzündet; an 2 Stellen macht sich die Vascularisation in hervorragender Weise bemerkbar, die eine befindet sich an der Innenfläche der dritten Stirnwindung, die andere nimmt das ganze Centrum der articulirten Sprache ein. — Es existirt keine nennenswerthe Adhärenz zwischen Meningen und Corticalsubstanz. Auf dem ganzen Verlauf der Arteria Fossa Sylvii und ihrer Aeste werden gelbliche, opalescirende Plaques, umgeben von tuberculösen Knötchen wahrgenommen. Dieselben sind besonders zahlreich in der Sylvischen Furche. Die Knötchen haben die Grösse eines Stecknadelkopfs. An der rechten Hemisphäre wird nur etwas Röthe an der oberen Partie des Occipitallappens constatirt.

Rabow (Berlin).

---

541) **W. B. Hadden** (London): Cases illustrating the symptoms and treatment of chronic alcoholism as it affects the nervous system. (Fälle, welche die Symptome und Behandlung des chronischen Alcoholismus, insoweit derselbe das Nervensystem afficirt, illustriren.) (The Lancet. 10. October 1885.)

Ist durch chronischen Alcoholismus Paralyse der Extremitäten hervorgerufen, so erfordert deren Beseitigung in erster Linie *absolute* und *dauernde Abstinenz von spirituösen Getränken.* Dann erst kann von dem längere Zeit hindurch angewandten constanten Strom weiterer Erfolg erwartet werden.

Unter den pharmaceutischen Agentien nützten nur Nux vomica, Kalium bromatum und Chloralhydrat, insofern als ersteres Mittel in einem Falle eine zugleich vorhandene hartnäckige Constipation beseitigte, und die beiden anderen die die in Rede stehende Lähmung oft begleitende psychische Aufregung beschwichtigten. Pauli (Köln).

---

542) **W. R. Gowers** (London): An address introductory to a discussion on the diagnostic value of the so-called „tendon-reflexes". (Ein einleitender Vortrag zu einer Discussion über den diagnostischen Werth der sog. „Sehnenreflexe".) Vortrag, gehalten in der med. Gesellschaft in London am 2. Nov. d. J. (The Lancet. 7. November 1885.)

Der Entstehungsmodus der Sehnenreflexe ist folgender: Schlagen wie nach leichter Anspannung der über einem Muskel gelegenen Haut auf dessen Sehne, so contrahirt sich derselbe. Dadurch gerathen die in dem betheiligten interstitiellen Bindegewebe endenden sensiblen Nerven in einen Erregungszustand, der, von diesen auf das betr. in der grauen Substanz der Medulla gelegene Muskelreflexcentrum und von da wiederum durch motorische Nerven in die betr. Muskelfasern geleitet, sich hier als ein leichter Contractionszustand und nach wiederholten Schlägen als eine plötzliche kurze Contraction bemerkbar macht.

Allem Anschein nach hemmen unter normalen Verhältnissen Nervenfasern der grauen Rückenmarkssubstanz jene Muskelreflexcentren, die, wenn jene degeneriren und damit deren hemende Wirkung fortfällt, einen allgemeinen Krampfzustand bedingen. Diese Fasern werden früher beeinflusst als die Muskelreflexcentren, weil in der schwachen Chloroformnarkose nur das Fuss-, nicht aber das Kniephänomen erscheint und beide in der stärkeren fehlen.

Ebenso verhält es sich nach einem epileptischen Anfalle. je nachdem in Folge der grösseren oder geringeren Heftigkeit desselben jene Fasern erschöpft sind.

Tritt der Sehnenreflex unter normalen Verhältnissen immer zu Tage, so ist es nicht so bei gewissen Krankheiten. Aus der angeführten Zahl derselben greift Ref. des Beispiels halber nur Ataxie locomotrice und pseudo-hypertrophische Paralyse heraus.

Was erstere betrifft, so hängt natürlich das Erscheinen oder Fehlen des fraglichen Zeichens von der Krankheit ab.

Bei der zweiten ist der Reflex anfangs normal dann vermindert und später gänzlich aufgehoben, weil die pathologischen Veränderungen

des interstitiellen Bindegewebes im Laufe der Zeit auch auf die in demselben endenden sensiblen Nervenfasern übergreifen und somit eine Erregung der Muskelreflexcentren von dieser Zeit her nicht mehr möglich ist. Zur Verhütung einer Verwechselung dieser Lähmung mit leichter congenitaler spastischer Paraplegie, bei welcher die Muskeln gleichfalls hypertrophirt und die Wadenmuskeln contrahirt sind, mag als Criterium der Umstand dienen, dass nur diese, nicht aber jene eine ausserordentliche Steigerung des Kniesehnenreflexes kennzeichnet.

Pauli (Köln).

---

543) **Charcot** und **Richet:** On a muscular phenomenon observed in hysteria and analogous to the „paradoxical contraction". (Ueber ein bei Hysterie beobachtes und der „paradoxen Contraction" analoges Muskelphänomen. (Brain, October 1885.)

Die Beobachtung eines eigenthümlichen Verhaltens der Muskeln bei Hysterischen hat die Verfasser veranlasst, der streitigen Frage über die Natur der Westphal'schen „paradoxen Muskel-Contraction" wieder näher zu treten (d. Centr.-Bl. 1880, pag. 345 u. 417 und 1884 pag. 105). Dies von ihnen als „contractural diathesis" bezeichnete Verhalten besteht darin, dass die Muskeln unter dem Einflusse verschiedener Reize, oft der geringfügigsten Art, in einen Zustand der Contractur gerathen. Sie unterscheiden zwei Formen der Diathese, eine lethargische und eine somnambulische, in denen beiden das Westphal'sche Symptom in prompter Weise erhalten werden kann. Auch am Vorderarm kann durch plötzliche Beugung des Handgelenkes eine ähnliche Contractur erzeugt werden.

Diese Contractur hat nach der Meinung der Verff. nichts „paradoxes" an sich und ist nicht, wie Westphal annimmt, auf die plötzliche Erschlaffung des Muskels, sondern, wie Erlenmeyer bewiesen hat, auf die plötzliche Dehnung der Antagonisten zurückzuführen. Als Gründe führen sie an:

a) Man kann sich leicht überzeugen, dass bei der durch plötzliche Beugung eines Gelenkes (Fuss- oder Handgelenk) hervorgerufenen Contractur die erhaltene Stellung nicht auf der Action einer einzelnen Muskelgruppe beruht, sondern die Resultante zweier antagonistischen Muskelkräfte darstellt, am Fusse z. B. nicht nur auf der Action des Tibialis antic. sondern auch seine Antagonisten Gastrocnemius und Soleus mit einbegreift. Die Thatsache lässt sich leicht demonstriren, wenn die Dorsalflexion nicht vollständig ist; denn ebenso wie es unmöglich ist, den Fuss wegen der Contraction des tibial. antic. zu extendiren, ist es evident unmöglich, ihn wegen der Contraction des Gastrocnemius und Soleus weiter zu beugen.

b) Es ist bekannt, dass die Contractur bei den in Rede stehenden Kranken, durch verschiedene Manipulationen erzeugt werden kann. Eine derselben ist die Massage: Kneten des tibial antic. bewirkt Fixirung des Fusses durch Contractur in Dorsalflexion, Massage des Gastrocnemius hat das entgegengesetzte Resultat. In beiden Fällen wird der Fuss zu dem Muskel hingezogen, der mechanisch gereizt

wurde. Das Resultat ist eben ein anderes, wenn die Bedingungen des Experimentes andere sind. Wird nämlich der Fuss während des Knetens der Wadenmuskeln so unterstützt, dass er der Contraction der gekneteten Muskeln nicht folgen kann, so sieht man ihn die Stellung der Dorsalflexion annehmen, und dies um so deutlicher je länger Gastrocnemius und Soleus gereizt werden. In ähnlicher Weise wird die Flexion der Hand bei Massage der Extensoren in halber Beugestellung ausgiebiger, obgleich die Reizung ausschliesslich die Extensoren angeht. Kurz um: Der auf eine Muskelgruppe einwirkende Reiz wirkt auch auf die Antagonisten, überwiegend bei diesen aber, wenn das Glied gehindert wird, sich in der Richtung der gereizten Muskeln zu bewegen; die Stellung in Folge der Contractur hängt nicht allein von dem Orte der Reizung, sondern auch von äusseren die Lageveränderung des Gliedes begünstigenden oder hemmenden Umständen ab.

Der Contractur liegt in den angezogenen Fällen immer eine Reflexerscheinung zu Grunde, der Reiz geht von dem contrahirten (massirten) Muskel durch die „Commissurenfasern“ zu den motorischen Centren der Antagonisten, um in normalen Fällen die Antagonisten zu reguliren, in abnormen zu überwinden.

Die beigegebenen graphischen Curven zeigen stets das gleiche Verhalten, einerlei, ob die paradoxe Contraction durch plötzliche Flexion oder durch Massage erzielt ist, nur ist der Anfang im ersten Falle steiler.

Die Verfasser schliessen mit dem Hinweis, dass die geschilderten Erscheinungen der Westphal'schen „paradoxen Contraction“ unbestritten analog sind, auch hinsichtlich des steilen Anfangs des stufenweisen Abfallens der Curven. Nur die Dauer des Phänomens war bei ihren Patienten eine grössere.

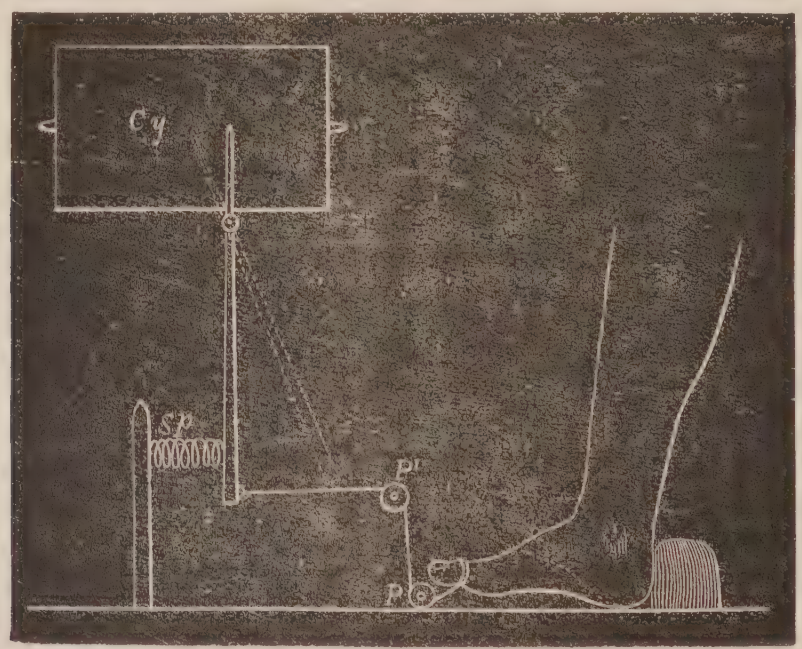


Fig. 1. Von dem gehörig unterstützten Fusse läuft eine Schnur über zwei Rollen zum Ende des Hebels, dessen einer Arm durch eine Feder angezogen wird, dessen anderer Arm auf einer rotirenden Marey'schen Trommel schreibt. Die Trommel macht in 30 Minuten eine Umdrehung.

Fig. 2. Curve bei plötzlicher Dorsalflexion (Hysteroepilepsie). XX Abrisse A Anfang des Versuches, B. völliges Verschwinden der Contraction.

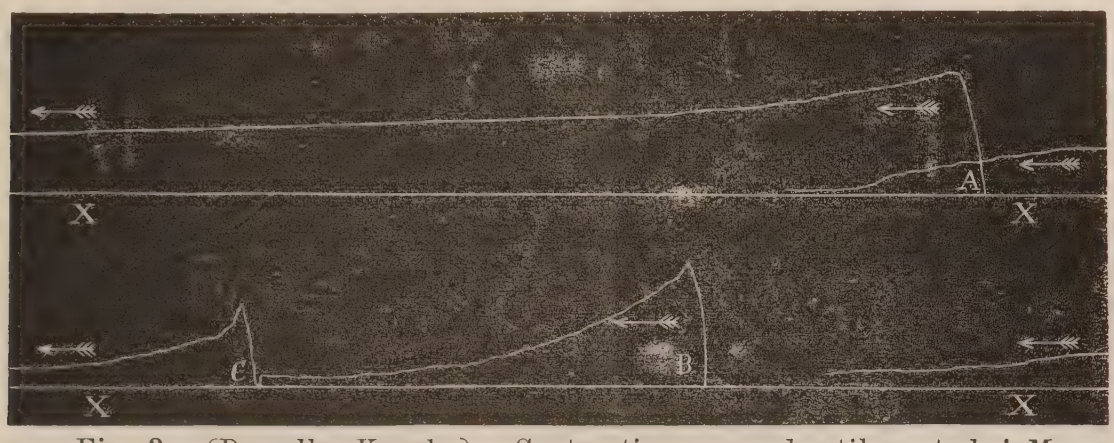


Fig. 3. (Derselbe Kranke). Contractionscurve des tib. ant. bei Massage der Wadenmuskeln. A. B. C, Anfang dreier auf einander folgender Versuche. (In Fig. 2 u. 3 ist der Abstand X—X gleich einer Umdrehung in 30 Minuten.

Matusch (Sachsenberg).

---

544) **Charcot**: Tremblements, mouvements choréiformes et Chorée rhythmée. (Zittern, choreaförmige Bewegungen und Chorea rhythmica.)

(Le Progrès med. Nro. 12 u. 13. 1885.)

Gelegentlich der Vorstellung einiger Fälle von Sclerose en plaques macht C. auf die verschiedenen Formen von Tremor aufmerksam, mit denen das beinahe characteristische Zittern dieser Affection verwechselt werden könnte. Er hebt hervor, dass der Tremor sich hier nur bei beabsichtigten Bewegungen von gewisser Stärke einstellt (sogen. Intentionszittern), dass er bei vollständiger Ruhe (z. B. im Bette) sofort aufhört. Beim Sitzen treten dagegen die Muskeln des Halses und Stammes in Thätigkeit, um die verticale Position des Kopfes zu erhalten, und es entstehen Oscillationen des Kopfes und des Stammes, während die Extremitäten in Ruhe bleiben. Soll nun das Phänomen von neuem allein in einer Extremität auftreten, so braucht der Kranke nur aufgefordert zu werden, ein Glas oder einen Löffel an seinen Mund zu führen. Ein derartiger Act erheischt eine willkürliche Bewegung, die stark genug ist zur Hervorbringung von Tremor, der bei geringer Action, wie Einfädeln von Nadeln, Nähen u. s. w. ausbleibt. Beim Erfassen des Glases sind die Schwingungen noch wenig ausgeprägt, sie steigern sich jedoch progressiv und erreichen ihr Maximum in dem Augenblicke, wenn das Glas sich dem Munde nähert. —

Wie bei der Sclerosis en plaques, so setzt sich auch bei der Paralysis agitans der Tremor aus rhythmischen Schwingungen zusammen. Derselbe ist jedoch von geringer Ausdehnung und Dauer. Be-

achtenswerth erscheint hierbei die eigenthümliche Attitude der Hand. Die Bewegungen ihrer Finger machen oft den Eindruck als ob eine Kugel gerollt oder Brod gebröckelt wird. Das Zittern ist bei dieser Affection ein continuirliches, es tritt ausserhalb jeder willkürlichen Bewegung ein. Der Kopf bleibt im Allgemeinen frei und wenn er an den unwillkürlichen Bewegungen Theil zu nehmen scheint, so handelt es sich in Wirklichkeit nur um communicirte Erschütterungen. —

Das Zittern der Sclerose en plaques und der Paralysis agitans setzt sich aus langsamen Schwingungen zusammen, im Mittel 4 bis 5 in der Secunde. Dieselbe Langsamkeit findet sich beim *Tremor senilis.* Charcot präsentirt 2 alte Frauen, bei denen die Hände und Finger einzeln zittern wie bei Paralysis agitans. Der Kopf participirt an den Erschütterungen für sein eigen Theil und diese unregelmässig in verticaler und horizontaler Richtung auf einander folgende Bewegungen, während welcher der Kranke durch Gesten ja oder nein zu sagen scheint, sind ganz characteristisch für den Tremor senilis.

Bezüglich der Rapidität der Schwingungen ist der *Tremor hystericus* als derjenige zu bezeichnen, welcher eine Mittelstellung zwischen der ersten und der zweiten Gruppe einnimmt. Zu der zweiten Gruppe rechnen wir den Tremor mit schnellen Schwingungen — *tremor vibratorius.* Hier steigt die Zahl der Erschütterungen bis auf 8 oder 9 in der Secunde. Dazu gehört: 1) der *Tremor alcoholicus,* 2) der *Tremor mercurialis,* 3) der *Tremor der progressiven Paralyse* und endlich 4) der *Tremor Morbi Basedowii.* Auch hier lässt sich noch eine weitere Differenz insofern feststellen als an den drei zuerst genannten Affectionen die Finger für sich zittern, während beim Morbus Basedowii ein individuelles Zittern der Finger nicht vorkommt.

Neben diesen Formen von Tremor d. h. diesen Erschütterungen mit rhythmischen Schwingungen existirt eine andere Kategorie von unwillkürlichen Bewegungen, die mit dem Zittern der Sclerose en plaques verwechselt werden könnte. Damit sind die *Chorea* oder vielmehr die *choreaartigen Bewegungen* im Allgemeinen gemeint. Es handelt sich hier nicht mehr um rhythmische Schwingungen, sondern um grosse, contradictorische und unlogische Bewegungen. Dieselben zeigen keinen Rhythmus, ahmen keine ausdrucksvolle oder professionelle Bewegung nach. Sie existiren während der Ruhe und steigern sich bei intendirten Acten, aber alsdann stören widersprechende Gesticulationen die allgemeine Richtung der Bewegung und lassen das Ziel verfehlen, während bei den vorhererwähnten Affectionen die allgemeine Direction der Bewegung trotz der Erschütterungen im Ganzen bewahrt bleibt.

Zu derselben Gruppe der uncoordinirten, choreaartigen Bewegungen muss die *Chorea prae- und posthemiplectica* gerechnet werden. Die Bewegungen sind hier in der That von gleicher Natur, die einzige Differenz liegt in der Pathogenesis. Ebenso verhält es sich mit der *Athetose,* und der *Hemiathetose,* die bei einer natürlichen Classification der Chorea und der Hemichorea posthemiplectica genährt werden müssen. Bei der Athetose giebt es keine Ruhe und die Bewegungen

sind durchaus nicht coordinirt. Sie differirt erheblich von der Chorea insofern als die Bewegungen weniger brüsk, langsamer — man könnte sie mit den Bewegungen der Fühlfäden eines Dintenfisches vergleichen — und auf die Finger, Handgelenke, Füsse und Zehen beschränkt sind. Der Kranke kann nichts in seiner Hand halten, nichts an den Mund führen. In den Fällen von doppelter Athetose zeigen diese Phänomene mitunter eine grobe Analogie mit dem Tremor der Sclerose en plaques.

Die Affection, welche in Charcot's Vortrage die dritte Gruppe constituirt, ist die *Chorea rhythmica.* In derselben finden wir weder die Schwingungen und Vibrationen wie beim Tremor noch die unlogischen, contradictorischen Gesticulationen der gewöhnlichen Chorea. Aber wenn die Affection auch durch unwillkürliche, impulsive Bewegungen characterisirt ist, so sind diese Bewegungen complicirt und, was besonders hervorzuheben ist, sie reproduciren sich nach einem regelmässigen Rhythmus, sie sind tactmässig. Sie haben nichts mit dem unregelmässigen Character der vorhergenannten choreaartigen Bewegungen zu thun. Man kann sie auch systematisch nennen, weil sie nach einem bestimmten Plane coordinirt sind, indem sie beispielsweise 1) bestimmte Ausdrucksbewegungen wie die des Tanzes, der Charactertänze besonders (Chorea saltatoria) oder gar 2) bestimmte professionelle Acte wie die Bewegungen der Ruderer und Schmiede (Chorea malleatoria) nachahmen. Es handelt sich mit einem Worte um die mehr oder minder getreue Reproduction beabsichtigter, logigischer Acte.

Die in Rede stehende Krankheit scheint am häufigsten zu der Hysterie in enger Beziehung zu stehen, doch kommen auch Fälle vor, die mit hysterischen Erscheinungen gar nichts zu thun haben. Es giebt auch Uebergangsformen.

Zum Schlusse demonstrirt C. drei hierher gehörige interessante Fälle, die die verschiedenen Grade der Symptome der rhythmischen Chorea zeigen. Bezüglich der Einzelheiten derselben muss auf das Original verwiesen werden. Rabow (Berlin).

---

545) **Liebert** (Sagan): Epilepsie durch Extraction eines Zahnes geheilt.
(Deutsche Med. Wochenschrift 1885. Nro. 37.)

1. 25 jähriger, kräftiger Fabrikarbeiter, nervös nicht disponirt, stets gesund, kein Trinker. Februar 1883 Schwindel. Einigemal Verlust des Bewusstseins, Umstürzen. Diese schweren Schwindelanfälle — doch wohl schon Epilepsie — kamen meist nach 16 bis 18 stündiger anstrengender Tagesarbeit. Während der mehrwöchentlichen Heilung einer Handverletzung sistirten die Anfälle, kamen später wieder. Am 25. April 1883 regulärer epilept. Anfall mit tonischen Krämpfen. Zungenbiss. Als Aura besteht ein „kribbelndes Gefühl" in der vordern Hälfte und Spitze der Zunge, die den Dienst versagt. Kam es zum Anfall, dann zog sich die Zunge zurück und machte andere unbeabsichtigte

Bewegungen. Bromkalium ohne Erfolg. 1. Juni 1883. Zahnschmerzen Der vierte Backenzahn unten links auf Beklopfen mit einer Metallsonde schmerzhaft. Extraction desselben. Von diesem Augenblick ab blieben die Anfälle und das Kribbeln der Zunge aus. Bis jetzt (2 Jahre) kein Anfall eingetreten.

2. 35 Jahre alter Tischler. Am 3. Februar 1862 erster epileptischer Anfall, der sich von da ab täglich oft mehrmals an einem Tage, wiederholte. Am 5. März 22 Anfälle. Am 6. März 1862 Aufnahme in die Charité in Berlin (Traube's Abtheilung) die Anamnese ergab, dass seit October 1861 bisweilen der Gebrauch der Zunge secunden- oder minutenlang erschwert war. Bei dem ersten Anfalle eigenthümliches Gefühl in der Zunge, die sich nach der rechten Seite krümmte, und dann zuckende Bewegungen machte. Vergebliche Atropinbehandlung. Am 13. März Extraction des dritten oberen rechten Backenzahnes, der cariös war. Pat. erklärte sofort, er fühle sich eigenthümlich frei, ein nicht näher zu bezeichnender Druck sei von ihm genommen. Ein Anfall ist nicht mehr eingetreten.

3. Zweifelhafter Fall. 16 jähriger Schneiderlehrling hatte sich stark betrunken. Am anderen Tage ein epil. Anfall. Am folgenden Tage ein zweiter. Am dritten Tage Extraction eines schmerzhaften cariösen Zahnes. Ein fernerer Anfall trat nicht mehr ein.

Erlenmeyer.

---

546) **Mercklin** (Rothenberg-Riga): Zur Symptomatologie der Epilepsia mitior. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XVI. B. 2. H. pag. 464.)

Ein 13 jähriger hereditär belasteter Gymnasialschüler kommt im Anschluss an öffentliche Schaustellungen eines Mangnetiseurs in Riga auf die Idee, sich durch Anstarren glänzender Gegenstände zu hypnotisiren. Dies gelingt ihm nicht, wohl aber treten eigenthümliche nervöse Zustände auf, an denen das charakteristische eine rasch vorübergehende Bewusstseinsstörung resp. Aufhebung des Bewusstseins war. Dieser Zustand trat anfangs nur beim Anblick glänzender Gegenstände ein, später auch sonst und endlich konnte er, wenn er seine Gedanken auf das Hypnotisiren konzentrirte, sogar willkürlich denselben hervorrufen. Diese Anfälle wurden anfangs für spontanen Hypnotismus auf hysterischer Basis gehalten.

Nachdem dieser Zustand ca. 1 Jahr lang angehalten hatte, trat plötzlich ein typisch epileptischer Anfall ein, der nun die Diagnose wesentlich änderte. M. betrachtet diese Zustände vorübergehender Bewusstseinsstörung als rudimentäre epileptische Insulte. Der Fall ist in drei Beziehungen wichtig. Erstens weil er zeigt, dass bei solchen Zuständen die Diagnose mit Unrecht eine Zeitlang sich zu der Annahme hysterisch-nervöser Anfälle hinneigen kann, namentlich weil der allgemeinen Anschauung nach solche jedesmal durch psychische Ursachen provozirte Anfälle für Hysterie sprechen. Zweitens in ätiologischer Beziehung, indem auch dieser Fall zeigt, dass hypnotische lange fort-

gesetzte und unkontrollirte Versuche schädigend einwirken können; und endlich, weil die auch andrerseits (Gowers, Tissot) beobachtete Thatsache wieder bewiesen wird, dass gewisse psychische Einwirkungen jedesmal die Anfälle von petit mal hervorrufen können.

Bastelberger (Eichberg).

---

547) **W. Dudley** (London): Two cases of spinal disease associated with insanity: 1) Tabes dorsualis and 2) chronic atrophic spinal paralysis. (Zwei Fälle von Rückenmarkserkrankung mit Geistesstörung). (Brain, Juli 1885.)

Von Interesse ist nur der zweite Fall. Bei einem 61jährigen wahrscheinlich syphilitischen Mann, der seit einigen Jahren vor der Aufnahme geisteskrank war, hatte sich nach Fall mit dem linken Bein in eine offene Fallthür eine langsame zunehmende Schwäche in diesem Beine entwickelt. Er kam deshalb in die Leeds Infirmary. Hier wurde er nach drei Tagen an beiden Beinen völlig gelähmt und durch Electricität nach drei Monaten nur soweit hergestellt, dass er an Krücken gehen konnte. Etwa 2 Jahre später fiel ihm ein schweres Gewicht auf die linke Hand, von dem er erst nach einigen Stunden befreit wurde. Die hiernach zurückbleibende Schwäche im Arm verschlimmerte sich trotz Behandlung und später erkrankte der rechte Arm in gleicher Weise. Zur Zeit ist Pat. äusserst abgemagert, einzelne Muskeln scheinen fast verschwunden und sämmtliche Extremitätenmuskeln zeigen complete oder partielle Entartungsreaction. Die Sensibilität ist gleichmässig herabgesetzt, ebenso die Sehschärfe. Geruchsempfindung fehlt. Die Haut hat das Aussehen von Ichthyosis.

Matusch (Sachsenberg).

---

448) **Cullerre** (La Roche-sur-Yon): Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux. (Ueber psychische Degeneration auf dem Lande.) (Ann. méd. psycholog. November 1884.)

Die vorstehende ätiologische Studie verbreitet sich unter ausführlicher Schilderung der Verhältnisse der verschiedenen Distrikte der Vendée und ihrer Bevölkerung über die Ursachen der durch ein 30jähriges Aktenmaterial der Anstalt La Roche-sur-Yon festgestellten beträchtlichen Differenzen im Vorkommen der Geistesstörungen in den verschiedenen Theilen der genannten Provinz und findet als wichtigstes ursächliches Moment für die am meisten degenerirte Gegend die lokal bedingte Abgeschlossenheit der Bevölkerung daselbst, welche die Inzucht begünstigt und der Vererbung krampfhafter Störung dadurch beteutenden Vorschub leistet. Gleichzeitig ist für denselben Landstrich auch eine Zunahme der Sterilität zu constatiren.

Otto (Dalldorf).

---

549) **Camuset** (Vaucluse): Note sur les lesions de la dure-mère cranienne dans la paralysie générale. (Veränderungen der Dura Mater bei Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. November 1884.)

Verf. schildert die verschiedenen pathologischen Zustände der Hirnhaut bei allgemeiner Paralyse in mehr compilatorischer Weise und betont die Häufigkeit der übrigens keinen besonderen Character aufweisenden Veränderungen. Otto (Dalldorf).

---

550) **Martinenq** (Saint-Yon): Automutilation répétées chez une mélancolique. (Wiederholte Selbstverstümmelungen bei einer Melancholischen.) (Ann. méd. psycholog. November 1884.)

Eine hereditär nicht veranlagte Frau erkrankte, nach dem sie durch wiederholte Wochenbetten und lange fortgesetztes Stillen ganz herunter gekommen war, unter melancholischer Verstimmung und Hallucinationen, machte Selbstmordversuche und verstümmelte sich wiederholt. Einmal stach sie sich eine Compassnadel von 9 cm. Länge unter der untersten langen Rippe links in den Unterleib, sodass die ganze Nadel in der Richtung von vorn nach hinten in der Bauchhöhle steckte. Ein anderes Mal riss sie sich das rechte Auge mit dem Sehnerven ganz aus, das linke beinahe. Es bestand damals bei ihr allgemeine Analgesie. Nach mehreren Monaten trat Heilung der psychischen Störung ein, während die Verletzungen nach Extraktion der Compassnadel und Reposition des linken Bulbus mit Erhaltung des Sehvermögens links in kürzester Zeit geheilt waren. Otto (Dalldorf).

---

551) **Paris** (Chalons-sur-Marne): Paralysie générale par insolation. (Allgemeine Paralyse im Gefolge von Sonnenstich.) (Ann. méd. psycholog. November 1884.)

Bei einem gesunden Manne, der irgend welche geistige Störung vorher nicht dargeboten hatte, traten nach einem Sonnenstich sofort Symptome der Paralyse auf und verlief dieselbe in klassischer Weise, jedoch in dem kurzen Zeitraume von 5 Monaten tödtlich. Die Section wurde nicht gemacht. Otto (Dalldorf).

---

552) **Peretti** (Andernach): Ueber die Beeinflussung der Geistesstörung durch Schwangerschaft. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XVI. Band 2. Heft pag. 442.)

P. kommt an der Hand von 15 in grösseren Umrissen referirten Fällen zu den Schlüssen:

Erstens, dass in den meisten Fällen eine während einer Psychose entstehende Schwangerschaft ungünstig auf den Verlauf der Geisteskrankheit einwirkt, so dass auch bei vorher prognostisch günstigen Fällen eine Genesung seltener eintritt, in dem durch diese Komplikationen der Verlauf der Krankheit meist schwerer und langwieriger wird.

Zweitens, dass Psychosen die bereits in das Stadium der Demenz übergegangen sind, von einer Gravidität nicht wesentlich beeinflusst werden; öfters folgt jedoch auch hier die Entbindung im Stadium grösserer Erregtheit.

Drittens, dass Gravidität und Entbindung bei Geisteskranken manchmal auffallend leicht und gut verlaufen auch im Vergleich mit den früheren Schwangerschaften und Entbindungen.

Bastelberger (Eichberg).

---

553) **Konrád** (Wien): Zur Lehre von der akuten hallucinatorischen Verworrenheit. (Arch. f. Psychiatrie XVI. Band 2. Heft p. 522.)

K. beschreibt und analysirt 3 Fälle seiner Beobachtung, die er zu dieser von Meynert aufgestellten und ausführlich beschriebenen Form der akuten Verrücktheit rechnet. Er weisst darauf hin, dass in den Anstalten diese Formen immer noch zu wenig gewürdigt werden, oft unerkannt bleiben oder unter den Namen „Manie, Melancholie, Melancholia attonita, Katatonische Verrücktheit" figuriren. K. gibt daher in der Einleitung eine kurze Charakteristik dieser Form.

Zum Schlusse spricht K. sich noch aus über Ausgänge dieser akuten hallucinatorischen Verworrenheit. Er berichtet hierbei über 83 theils selbst beobachtete, theils aus Meynert's Klinik transferirte Fälle. Es traten ein Heilung in 37 Fällen (= 44, 5%).

Uebergang in sekundäre Schwächezustände in 39 Fällen (= 46,9%) und Tod in 7 Fällen (= 8,4%). Wichtig dabei ist, dass die weitaus grösste Anzahl der Heilungen aus dem Uebergang in akute Manie heraus sich entwickelten, nämlich 72,2%, während andrerseits die hohe Prozentzahl 71,4% für den ungünstigen Ausgang in sekundäre Schwächezustände bei der komplizirten Verlaufsweise dieser Psychose bemerkenswerth ist.

Da nahezu die Hälfte aller erkrankten Fälle in Heilung übergingen, so ist die Prognose der akuten hallucinatorischen Verworrenheit, soweit man noch dem immerhin nach relativ geringen Material der vorliegenden Statistik urtheilen kann, keine gerade schlechte zu nennen.

Bastelberger (Eichberg).

---

554) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Raubmord, Moralisches Irresein. Wahrscheinliche Epilepsie. Simulation von Blödsinn. Fakultäts-Gutachten der Grazer medicinischen Fakultät. (Mitth. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. 21. Vereins-J. 1884, Graz 1885.)

Sp. f. In der Nacht von 22. zum 23. Juli 1884 begleitete Peter Huic in G. in eine blaue Blouse gekleidet und nicht betrunken den Matrosen Francewik aus dem Wirthshaus nach Hause. Am 23. früh fand man die Leiche des F. auf einsamer Strasse in einer Blutlache. In den Taschen nur noch 6 Kreuzer. Am Stirn- und Hinterhauptbein je eine stumpfe Risswunde mit Knochenbruch, ausserdem zahlreiche Kontusionen und Risswunden des Gesichts, der rechten Hand und des rechten Beines. Der Verdacht des Mordes viel sofort auf den übel be-

leumundeten H., welcher leugnete. Der Gensdarm, durch das frische, weisse Hemd des H. aufmerksam gemacht, fand in dessen Zimmer eine frisch gewaschene, blaue Blouse zum Trocknen hängen. H. motivirt die Wäsche mit Beschmutzung durch Theer, dann durch Nasenbluten. Persönlichkeit und Vorleben des Angeklagten. P. H., geboren 1830, ist der eheliche Sohn armer Landleute aus G. in Dalmatien. Im 4. Lebensjahre wurde er durch Aufhängen an den Füssen erschreckt und soll danach ein Jahr lang an Krampfanfällen und nächtlichem Aufschrecken gelitten haben. In der Schule war er faul und ergab sich früh dem Trunk und Spiel. Während seiner dreijährigen Dienstzeit als Matrose wurde er sehr häufig bestraft, darunter fünf Mal wegen Monturverkauf, soll aber stets gesund gewesen sein. Nach der Militärzeit ergab er sich der Vagabondage und wurde 1876 wegen Einbruchdiebstahls zu 18 Monaten Kerker verurtheilt. Während der Strafzeit war er gesund. Im October 1881 beantragt der Vater seine Entmündigung, da er seit 7 Jahren irrsinnig sei. Er arbeite nicht, bedrohe oft seine Angehörigen, mache verkehrte Sachen und spreche oft unzusammenhängend. Fünf Nachbaren erklären ihn für imbecill und irr; der eine kam dazu, als H. zwei jüngere Geschwister lebendig begraben wollte. Dr. St. erklärt H. Januar 1882 für nicht irrsinnig, aber wegen Geistesschwäche der Entmündigung bedürfend.

St. erklärt H. im Dez. 1882 in ausführlichem Gutachten für einen wilden, aller ethischen Gefühle baaren, auf niederer Stufe der geistigen Entwickelung stehen gebliebenen Menschen, der das Geld vergeude und Anfälle von Zerstörungstrieb habe. Dann kommen schreckhafte hallucinatorische Verfolgungsdelirien, Blässe und Röthe des Gesichts, zuletzt convulsives Schütteln des Körpers von $^1/_2$—$^3/_4$ stündiger Dauer. Solche Anfälle kommen 5—6 Mal im Monat vor, sind mit tiefer Bewusstseinstörung verbunden und werden nicht erinnert.

St. will sogar einen klassischen, epileptischen Anfall beobachtet haben. Einmal zeigte H. auch Grössenwahn-Ideen. St. konstatirte ausserdem heriditäre Belastung des H. durch Trunk und Epilepsie in der Ascendenz. Auf Grund dieser Gutachten wurde H. im April 1883 für irrsinnig erklärt. Am 1. August 1884 wird H. wegen Raubmords verhaftet und von den Aerzten R. und K. beobachtet, welche ihn für geistig gesund erklärten. In der Untersuchungshaft lief er oft Nachts planlos herum, urinirte ins Essgeschirr und trank daraus, erklärt Mitgefangenen gegenüber seine That als Todtschlag in Folge von Streit. In späteren Verhören erklärt er sich für unschuldig und verweigert weitere Auskunft. In der Hauptverhandlung am 5. 3. 1885 beantwortet er alle Fragen mit „weiss nicht, erinnere mich nicht.“ St. schildert den epileptischen Anfall und erklärt H. für unzurechnungsfähig wegen moralischer Schädigung durch Epilepsie. Die Sachverständigen R. und K. erklären H. für geistig gesund und für einen Simulanten. In Folge dieser widersprechenden Gutachten wird die Verhandlung vertagt und H. nach Graz geschickt, wo die medicinische Fakultät ein Gutachten über seinen Geisteszustand abgeben soll. Im Landgerichtsgefängniss rührt H. gleich nach seiner Ankunft Koth und Harn im Nachttopf zu-

sammen und trinkt davon. Als er deshalb mit Fasten bestraft wird, wird er zwar bös, verhält sich aber später reinlicher. Dem besuchenden Arzte gegenüber nimmt er eine auffallend läppische Haltung an, weicht dem Blicke aus und antwortet nicht.

Er entkleidet sich auf Wunsch und weist auf seine Hypospadie hin. Seinen Mitgefangenen gegenüber verräth er Interesse für seinen Aufenthalt. Im April wird er auf die psychiatrische Klinik verlegt. Auch hier weiss er Nichts und erinnert sich nicht, weiss auch die gewöhnlichsten Dinge nicht zu bezeichnen. Die Gegenwart der Aerzte beunruhigt ihn; er giebt an kopfkrank zu sein. Er urinirt in der Ecke der Zelle, oder auf seinem Lager. Gegen seine Umgebung ist er ohne Grund aggressiv. Seine vegetativen Funktionen sind in Ordnung, Miene und Blick sind unheimlich. Der Schädel ist regelmässig gebildet, auf ihm 13 oberflächliche, schmerzlose Hautnarben. Die Ohren sind schlecht differenzirt. Am 22. 4. fiel er zweimal hin, wobei sein Gesicht ganz roth gewesen sein soll. Durch die Erklärung, dass er Simulant sei, lässt er sich aber nicht beirren und liegt den ganzen Tag auf dem Strohsack. Nachts schläft er wenig, geht umher und weint oft. Acht Tage hindurch zu 100 Gr. pro die mit dem Wasser gereichter Cognak bringt keine epileptischen Anfälle zu Wege.

Gutachten. 1. Dass H. ein geistig abnormer Mensch ist, geht aus seinem Vorleben deutlich hervor. Für das Vorhandensein von moralischer Idiotie sprechen gewichtige Gründe. Er stammt aus belasteter Familie, bot von Jugend auf, allein unter seinen Geschwistern, sittliche Defekte. Er ist ausser Stande, ein ordentliches Leben zu führen, kennt auch den Werth des Geldes nicht. Solche Unglückliche sind höchst gemeingefährlich und bedürfen Zeitlebens der Internirung. 2. Explorat ist auch wahrscheinlich Epileptiker. 3. Gegenwärtig bietet Explorat keine Symptome einer geistigen Krankheit dar und simulirt nur seit dem zweiten Verhör aus Opportunitätsgründen Amnesie für seine Vergangenheit und Blödsinn. Die Art der Simulation verräth eine niedrige Intelligenzstufe. 4. Die Strafthat wurde von H. *nicht* in einem Zustande der Sinnesverwirrung begangen.

Landsberg (Ostrowo).

---

555) **v. Monakow** (St. Pirminsberg, Schweiz): Ein Fall von Selbstbeschuldigung bei Schwachsinn und Melancholie. Motivirtes Obergutachten über den Geisteszustand der Anna Helene Br. von Biberach.

(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 36. Jahrg. 1. Heft Jan. u. Feb. 2. Heft. März und April.)

Geschichtserzählung. Am 25. 1. 1884 wurde unter der Eisfläche des grossen Langgassweihers in S. die Leiche eines weiblichen Kindes gefunden. Die gerichtliche Sektion ergab, dass das Kind am wahrscheinlichsten 2—3 Monate alt war, dass es durch Erstickung gestorben sei, und dass seine Leiche schon vor der Winterkälte, d. h. im November 1883 ins Wasser gelangt sei. Es lag demnach Kindesmord vor. Als desselben verdächtig wurde schon am 27. 1. die Anna Br. von B. Dienstmädchen ohne Stellung und vagirende Dirne, angebliche Mutter

eines zweijährigen Kindes, verhaftet. Dieselbe legte sofort ein umfassendes Geständniss ab, wonach sie das Kind geboren, erwürgt und in's Wasser geworfen hätte, verwickelte sich aber später bei Schilderung der Details ihrer That in starke Widersprüche. Zweifel betreffs ihres Geisteszustandes wurden durch ein bezirksärztliches Gutachten beseitigt; dieselben Aerzte erklärten auch, auf Grund zweimaliger gynäkologischer Untersuchung der Br., dass sie zweifellos geboren habe. Die Thäterin des in Frage stehenden Kindesmordes wurde in einer anderen Frau entdeckt, die Br. verharrte jedoch bei ihren früheren Angaben mit den Widersprüchen und wurde, nachdem ein grosser Theil ihrer Selbstanklagen sich als völlig unhaltbar herausgestellt hatte, auf Beschluss der Anklagekammer, behufs Beobachtung ihres Geisteszustandes nach St. Pirminsberg gebracht.

Vorleben. A. Br. ist den 15. 11. 1863 in B., Württemberg, geboren, wo ihre Eltern nach 15 jährigen Zerwürfnissen getrennt leben. Hereditäre Belastung ist nicht nachzuweisen. Vom 7. bis 13. Jahre besuchte sie die Schule, hielt sich später bei Verwandten und zuletzt in dem klösterlichen Institut Bl. bis zu ihrem 18. Jahre auf. Neun Jahre alt, erlitt sie durch Fall von der Treppe einen Nasenbeinbruch, sowie eine leichte Gehirnerschütterung, die längere Zeit zur Heilung erforderte. Im 18. Jahre stürzte sie vom Fenster auf die Strasse und erlitt einen Schlüsselbeinbruch, sowie eine Rückenmark-Erschütterung, die längere Bettruhe zur Folge hatte. Sonst ist sie stets gesund gewesen. Von Geburt an geistig schwach angelegt war sie ausser Stande in der Schule etwas mehr, als mittelmässiges zu leisten; ausserdem war sie lügnerisch, naschhaft und diebisch. Vom 18. Jahre ab in dem väterlichen Geschäft als Ladenjungfer beschäftigt, brannte sie plötzlich mit einer liederlichen Magd ihrer Schwester nach Stuttgart durch und musste zurückgeholt werden. Sie blieb dann bis zum März 1883 im elterlichen Hause und verliess dann dasselbe, um in der Fremde ihre Existenz zu suchen. Hier wechselte sie in der Zeit von 18 Monaten 18 Mal ihren Aufenthalt und ihre Dienststelle, sank auch während dieser Zeit aus Noth zur gemeinen Gassendirne herab. Mit grosser Leichtfertigkeit streute sie über sich und Andere falsche, sexuelle Gerüchte aus, fälschte Dienstzeugnisse und schrieb Briefe an sich selbst. Eine Schwangerschaft ist nie an ihr wahrgenommen worden; dagegen geben etliche Zeugen an, dass die Br. eine affallende Neigung zu Personen des eigenen Geschlechts gezeigt habe. Es folgen nun die Auszüge aus den bezirksamtlichen Verhörsprotokollen vom 29. 1. bis 10. 3. 1884, in denen sie sich der verschiedensten Verbrechen, des Kindesmordes und der Fruchtabtreibung bezüchtigt, auf die noch beim Referat des gutachtlichen Theiles zurückzukommen sein wird, sowie die oben erwähnten bezirksärztlichen Gutachten.

Explorandin ist bei der Aufnahme ruhig und freundlich, ist auch nicht alterirt, als sie ihren Aufenthaltsort erfährt. Auf Fragen antwortet sie prompt und stellt Geisteskrankheit mit Entrüstung in Abrede. Ihre Arbeit sucht sie möglichst gut zu besorgen und ist gegen ihre Mitkranken freundlich. Dagegen bezieht sie deren hallucinatorische

Schimpfreden auf sich und lässt sich nicht eines Besseren belehren. Sie hat wenig Appetit und schläft die ersten beiden Nächte fast gar nicht, da sie von schrecklichen Bildern vor dem Einschlafen geplagt wird. Den Bezirksamtmann habe sie allerdings stark belogen, aber nur aus Angst, die seit unschuldiger Verhaftung wegen Diebstahls entstanden sei. Sie habe allerdings Unzucht getrieben, aber nie geboren, dagegen im Auftrage einer Freundin deren Kind in den Langgassweiher geworfen. Unter Thränen bittet sie um Strafe, aber um Schonung mit dem ewigen Verhören. Sie sei von der Mutter zu Hause stets gemisshandelt worden, manchmal mit Recht, daher leide sie stets an einer gewissen inneren Angst. Im Gefängniss in S. habe man sie unaufhörlich geplagt. Auch geht aus ihren Angaben hervor, dass sie damals an Schlaflosigkeit, sowie an Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Gefühls von meist widrigem Inhalt litt, die sich auch noch jetzt wiederholen. Während sie ihre Gemüthsbewegung nicht wahrheitsgetreu berichtete, war dies bei den Hallucinationen stets der Fall. Während der Angstanfälle zweifelte sie nicht an der Wirklichkeit derselben. Die am 23. 6. zum Theil in der Narkose vorgenommene Untersuchung ergab zunächst ängstlich degressiven Gesichtsausdruck. Der Schädel ist dolichocephal, der Hinterkopf auffallend kurz und steil, der Scheitel etwas kammartig zugespitzt, linke Scheitelhälfte etwas flacher als die rechte, Stirn kurz und schmal, in der horizontalen Mitte leicht conkav, Ohrläppchen angewachsen, Zähne unregelmässig gebildet. Der Befund der Brüste, der Bauchdecken und der Genitalien beweisst, dass Explorandin nicht geboren haben kann, was sie auch beim Erwachen aus der Narkose zugiebt. Auch die in der Irrenanstalt mit ihr angestellten Verhöre versetzen sie in ängstliche Erregtheit. Sonst lebt sie gedankenlos in den Tag hinein und steht nur zeitweise völlig unter dem Einflusse ihrer Hallucinationen.

Gutachten. Dasselbe stellt sich folgende zwei Fragen zur Beantwortung: 1. Ist vom ärztlichen Standpunkt aus anzunehmen, oder zu bezweifeln, dass Explorandin überhaupt geboren habe und wie oft? Hat sie die sich selbst zur Last gelegten Verbrechen begangen? 2. Wie ist der geistige Zustand der Explorandin? Um welche Form von Geistesstörung handelt es sich hier und wann hat dieselbe begonnen?

Zu 1. Die Selbstbeschuldigungen der Explorandin erstrecken sich auf sieben Verbrechen des Kindesmordes und der Fruchtabtreibung, die sie in der Zeit von Ostern 79 bis Jan. 1884 begangen haben will und von denen sie die beiden im October 1883 begangen in 6 verschiedenen Versionen darstellt. Die vier angeblich von 1879—1882 begangenen Verbrechen entbehren motorisch jeder thatsächlichen Unterlage. Auch die Depositionen betreffs der Verbrechen von October 1883 widersprechen derart dem Geburtshergange bei einer Erstgebärenden, dass ihre Unwahrheit auf der Hand liegt. Dass Explorandin nicht geboren haben kann, geht aus dem objektiven Befunde mit Sicherheit hervor.

Zu 2. Wie sich der letzte Theil des Gutachtens zu 1 mit Widerlegung des bezirksärztlichen Gutachtens betreffs bei der Br. stattgehabten Geburt beschäftigte, so widerlegt des Gutachten jetzt die Annahme der

geistigen Gesundheit seitens der Bezirksärzte. Selbstbeschuldigungen kommen bei einer Reihe von Psychosen, namentlich bei Melancholie, Verrücktheit und Schwachsinn, nicht selten vor. Bei der Explorandin sprechen auch noch andere Zeichen für das Vorhandensein geistiger Störung, als: ihre hochgradige, geistige Beschränktheit, ihre moralische Perversität, ihre Unfähigkeit, sich selbst durch die Welt zu helfen, endlich das Vorhandensein conträrer Sexualempfindung. Ihr Schwachsinn erweist sich durch ihre hochgradige Gemüthsstumpfheit, ihre grosse Empfindlichkeit und Launenhaftigkeit, den raschen Stimmungswechel, die unverkennbare Urtheilsschwäche, die sehr herabgesetzte Leistungsfähigkeit. Zu diesem originären Schwachsinn gesellte sich als akute Störung in Attaken von intensiver Angst mit Hallucinationen auftretende Melancholie, welche sich in Folge socialen Elends entwickelt hat, während Simulation mit Sicherheit auszuschliessen ist. Die Prognose ist zweifelhaft. Landsberg (Ostrowo).

III. Tagesgeschichte.

The American journal of insanity erklärt den Führer des canadischen Aufstandes Louis Riel für einen Verrückten, der sich nachweislich schon zweimal in einer Anstalt befunden hat. Er hält sich für einen Propheten, will ein neues Pabstthum in Manitoba errichten, den Nordwesten in sieben Königreiche eintheilen, deren oberster Herr er sein soll, Christus sei in Person bei ihm, er setzt ihm einen Stuhl vor und legt ihm von seinem Mahlzeiten vor u. s. f. Von den vorgeladenen Sachverständigen erklärte ihn nur Ray (Quebec) für zweifellos geisteskrank, die beiden anderen drückten sich nicht bestimmt aus. Das Gericht verurtheilte Riel als Gesunden, empfahl ihn aber der Gnade der Königin.

Der Director der Irrenanstalt Klingston (Canada) Dr. Metcalf wurde während der Visite von einem hallucinatorisch Verrückten (Verbrecher) Patrik Maloney durch einen Stich in den Unterleib tödtlich verletzt und starb drei Tage später.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Saargemünd, Director, 1. April 1886 (Herr Dr. Freusberg übernimmt die Dr. Herz'sche Privatirrenanstalt in Bonn) Meld. an das Reg.-Präsidium in Metz. 2) Bendorf am Rhein (Dr Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke), Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 3) Lengerich, II. Assistenzarzt, 1. Januar 1886. 1200 M. und fr. Stat. 4) Colditz, Assistenzarzt, 1800 M. und fr. Stat.

Besetzte Stellen. Roda, II. Arzt Herr Dr. Werner aus Alt-Scherbitz. Alt-Scherbitz, Assistenzarzt Herr Dr. Battenberg, Volontairarzt Herr Dr. Baring. Nietleben (Halle a. d. S.), Director, Herr Dr. Fries.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

8. Jahrg. 15. Dezember 1885. Nro. 24.

INHALT.

I. Original-Vereinsberichte. I. Berliner medicinische Gesellschaft. II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

II. Referate und Kritiken. Paneth: Ueber die Erregbarkeit der Hirnrinde neugeborener Hunde. Flesch: Zur Casuistik anomaler Befunde an Gehirnen von Verbrechern und Selbstmördern. Fox: Gehirnabscess. Stintzing: Ein klinischer Beitrag zur Poliomyelitis anterior chronica adultorum. Jendrassik: Ueber das Verhältniss der Poliomyelencephalitis zur Basedow'schen Krankheit. v. Renz: Ueber Krankheiten des Rückenmarks in der Schwangerschaft. Brown-Séquard: Reizung der Basis des Gehirns. Savic: Natur und Behandlung der Chorea. Pye: Nervennaht. Beevor: Färbungsmethode. Bókai: Ueber Paraldehyd als Antidot des Strichnins. Lange: Aetiologie der Psychosen.

III. Aus den Vereinen. I. Académie des Sciences zu Paris. II. Société de Biologie zu Paris. III. Académie de Médecine zu Paris.

IV. Personalien.

I. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. November 1885.

556) **Moritz Meyer:** *Krankenvorstellung.*

Die etwa 30 Jahre alte Frau bekam im Gefolge einer unter eklamptischen Anfällen im Jahre 1875 erfolgten Entbindung Geschwüre auf der Zunge, welche trotz Anwendung mannigfacher Mittel nicht nur nicht heilten, sondern in den letzten Jahren noch zunahmen, viel Schmerz verursachten und das Essen sehr erschwerten. Vortrag. sah vor einiger Zeit nach Applikation der *Anode des galvanischen Stromes* auf die Geschwüre anfänglich eine zeitweise Verminderung der Schmerzen, später nach wiederholten Sitzungen eine allmähliche *Vernarbung der ganzen Geschwürsfläche.*

557) **Uhthoff:** *Zur diagnostischen Bedeutung der reflektorischen Pupillenstarre.*

Vortrag. schildert kurz die geschichtliche Entwickelung der Lehre von der reflectorischen Pupillenstarre, gibt sodann seine Untersuchungsmethode zur Feststellung derselben an (dunkler Raum, durch eine Convexlinse concentrirtes Lampenlicht) und beschränkt die folgende Auseinandersetzung nur auf Fälle von vollständigerem Fehlen der Lichtreaktion der Pupillen, indem er die verminderte Lichtreaktion und auch die Erweiterung der Pupillen auf sensibele Reize, die bei der reflectorischen Puppillenstarre nicht immer fehlt, ganz bei Seite lässt. Er verweist weiter noch auf den Vortrag Moeli's „Bemerkungen über die Pupillenreaktion" (cf. d. Cbl. 1885 Nro. 15. S. 345) und die sich daran knüpfenden Bemerkungen Thomsen's und Siemeling's. Von den 4000 Geisteskranken, über welche damals berichtet wurde, zeigten 492 eine reflectorische Pupillenstarre und zwar litten davon 421 an allgemeiner Paralyse, 21 an Tabes dorsalis, 11 an Alcoholismus, 11 an Dementia senilis, 9 an Syphilis, 6 an Herderkrankungen, 3 an Kopfverletzungen, 2 an Epilepsie, 10 an einfachen Psychosen.

Die Untersuchungen des Vortr. erstrecken sich zunächst auf mehrere hundert ganz gesunde Menschen und es fand sich niemals bei denselben eine reflectorische Pupillenstarre. Weiter wurden die Nervenkranken der Charité sowie andere Kranke dieser Anstalt und endlich die *Augenkranken* der Schöler'schen Poliklinik untersucht. Von letzteren, deren Zahl 12,000 betrug, hatten 136 eine *reflektorische Starre* der Pupillen. Bei dieser bestand *Tabes* in 92 Fällen und zwar war 5 mal auch die Accomodation betroffen und in einem Viertel der Tabesfälle bestand Pupillendifferenz. Die Lichtreaktion fehlt bei Tabes überhaupt in 64% der Fälle. *Dementia paralytica* war in 12 und *Syphilis* in 11 Fällen vorhanden. Bei letzteren bestand 8 mal Hirnlues mit mannigfachen Lähmungen der Hirnnerven, während in 3 Fällen ausser der Pupillenstarre auf Lichteinfall keine Störungen im Gebiete der Hirnnerven nachweisbar waren. In dem einen dieser drei Fälle war die reflectorische Pupillenstarre der Rest einer früher verbreiteteren Lähmung der Augenmuskelnerven, in den beiden anderen Fällen handelte es sich um Kinder mit *heriditärer Lues* (Erb, Moeli, Oppenheim). *Cerebrale Herderkrankungen* fanden sich mehrmals, *multiple Sclerose* zweimal und *Railway-spine* ebenso oft. *Congenitales Vorkommen* der reflectorischen Puppillenstarre war zweimal bei mangelhafter Entwickelung der Iris und nur einmal bei normaler Iris in einem Falle von Schwachsinn mit Retinitis pigmentosa vorhanden. Zu den noch nicht genügend sicher gestellten Fällen gehört endlich ein Fall von *Tabackmissbrauch*, bei dem seit Jahren Myose und reflectorische Pupillenstarre bestand, sowie zwei Fälle von Hysteroepilepsie.

Ganz anders lagen die Verhältnisse in Bezug auf die *Lähmung der Accommodation und des Sphinkter* (Ophthalmoplegia interna) bei den untersuchten Augenkranken. Hier nahm die Syphilis die erste

Stelle ein und zeigte sich die Störung dabei meist einseitig, während Tabes und Paralyse in geringer Zahl vertreten waren. Zweimal waren ausserdem Contusionen, einmal Erkältung vorausgegangen und in mehreren Fällen liess sich ein ätiologisches Moment nicht feststellen.

Schliesslich berührt Vortr. noch die Wirkung des Cocains bei reflectorischer Pupillenstarre. Es tritt durch die reizende Wirkung derselben auf den Sympathicus eine allerdings nur geringe Erweiterung der Pupillen ein.

An der *Diskussion*, die nichts wesentlich neues brachte, betheiligten sich die Herren Schweigger, Mendel, Bernhardt, Hirschberg und Remak. Otto (Dalldorf).

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 23. Mai 1885.

558) **Laufenauer**: *Ueber die neuromusculäre Hyperexcitabilität.* Diese Charcot'sche Bezeichnung kommt dem lethargischen Zustande der künstlichen Hypnose zu; besteht in einer überaus gesteigerten Reflexerregbarkeit. Auch im somnambulen Stadium wird dieser Zustand beobachtet. Brissaud und Richer wiesen dieselbe sogar im wachen Zustande bei hysterischen Personen nach. — *Contracture latente*, — auch unter dem Namen „*Diathese de Contracture*“ wird sie von Charcot und Richer beschrieben.

An der vorgestellten Hysteroepileptika R. L. entstehen bei Reibung oder Drücken der Haut, der Muskeln und Sehnen an den Duchenne'schen Elektrisations-Punkten, in den dem Reize correspondirenden Muskeln circumscripte Contracturen von kürzerer oder längerer Dauer. Auch im topographischen Verlaufe der M. und N. entstehen dieselben Erscheinungen auf die erwähnten Reize.

Die neuromusculäre Hyperexcitabilität bildet die Basis vieler in der Praxis vorkommenden Erscheinungen, als z. B. des Globus, der Contracturen der Zunge, des Oesophagismus, der Aphonia hysterica, Enteralgieen und Contracturen der Bauchdecke, Harnretention u. s. f. Es sind wirkliche Reflexe, die mit idiomusculären Erscheinungen einherschreiten. Auch vasomotorische Symptome treten auf, jedoch spielen reflectorische Processe die Hauptrolle.

Durch Beobachtung dieser hysterischen Erregbarkeit kann man aber die Hysterie in 3 Hauptgruppen eintheilen.

1. Gesteigerte Reflexerregbarkeit der Hirnrinde und der subcordicalen Centren; 2. der Med. oblongata, und 3. des Rückenmarkes, wobei die gesammte graue Substanz des Centralnervensystems mit ergriffen ist. Zwischen diesen veränderlichen Formen sind dann vielgestaltige Combinationen möglich, bezüglich deren ein allgemeines Gesetz nur durch Beobachtung zahlreicher Fälle möglich ist, insbesondere darum, weil sich die Erscheinungen der gesteigerten Reflexerregbarkeit, resp.

Hysterie, bei ein und demselben Individuum im Verlauf der Jahre in einer bestimmten Reihenfolge verändern. Nach Laufenauer ist demnach die hysterische Neurose nicht blos ein chronischer Prozess sondern auch eine progressiv fortschreitende Erkrankung.

Sitzung vom 13. Juni 1885.

559) **Ernst Jendrassik**: *Eine complicirte Erkrankung der Med. oblong. mit Diabetes insipidus.* (Kranken-Vorstellung.) Pat. erkrankte im Juni 1884, Magen-Symptome, Appetitlosigkeit, Erbrechen; nach einem Monate Diplopie, dann links Oculomotorius-Lähmung. Nach Verlauf eines Monates begann Durst, Vermehrung der Sputa; Pat. trank täglich 8 Liter Wasser. Zunahme der Urin-Secretion. Im Frühjahre 1885 trat auch am rechten Auge Oculomotorius-Lähmung auf. Die Bewegung und Accomodation der beiden Augen wurde ganz aufgehoben. Für den centralen Ursprung der Lähmung spricht der Diab. insipidus und der Umstand, dass auch seitens des N. facialis Lähmungs-Erscheinungen zugegen sind.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

II. Referate und Kritiken.

360) **Josef Paneth**: Ueber die Erregbarkeit der Hirnrinde neugeborener Hunde. (Arch. f. die gesammte Psychiol. Bd. XXXVII.)

Die von Soltmann gefundene Thatsache, dass die Gehirnrinde neugeborener Thiere (Hunde und Kaninchen) erst nach dem 10. Tage electrisch erregbar sei, ist nicht ohne Anfechtung geblieben. Aber die Widerlegung von verschiedenen Seiten schien dem Verf. nicht hinreichend begründet, namentlich war für die positiven Erfolge die Möglichkeit, dass sie auf Stromschleifen in die Tiefe beruht haben könnten, nicht ausgeschlossen. Die Wiederholung der Soltmann'schen Versuche geschah an nicht *narcotisirten* Thieren; S. verwandte meistens Morphin zur Narcose, welches im Stande ist, die Hirnrinde bei jungen Hunden unerregbar zu machen. (Heidenhain hat die Unerregbarkeit der Hirnrinde bei Narcose mit Morphium u. Chloral auch bei erwachsenen Hunden schon früher nachgewiesen Ref.) Um zu prüfen, ob tiefer gelegene Theile den Effect der Reizung vermittelten, wurde die zu erregende Stelle umschnitten und unterschnitten (Siehe d. Centralbl. N. 20. 1885 pag. 461.) Es wurde operirt an 2 Thieren von höchstens 18 Stunden extrauterinen Lebensalters, an 1 von 24, 2 von 36, 4 von 48 Stunden. Es ergaben acht Versuche ein positives, vier ein wahrscheinliches, und einer ein negatives Resultat. Verf. scheint es hierdurch bewiesen zu sein, dass schon in den ersten extrauterinen Lebenstagen die Hirnrinde der Hunde erregbar ist. Die erregbare Fläche von 1—2 cm. lag immer in der Gegend des Sulcus cruciatus. Die übrige Hirnoberfläche war

unerregbar. Das in 2 Fällen excidirte erregbare Stück entbehrte der markhaltigen Fasern. Den Schluss von Lemoine und Maracci, welche jeder aus ihren positiven Versuchen folgerten, dass bei Erwachsenen und Neugeborenen die Erregung nicht in der Rinde, sondern in tieferen Partien statt habe, kann Verf. in Folge seiner Unterschneidungsversuche nicht gelten lassen. Goldstein (Aachen).

---

361) **Max Flesch** (Bern): Zur Casuistik anomaler Befunde an Gehirnen von Verbrechern und Selbstmördern. (Arch. f. Psych. Bd. XVI. Hft. 2 1885.)

I. Unvollkommene Bildung der Grosshirnsichel mit unsymmetrischer Entwickelung der Hemisphären. —

Die Beobachtung betrifft einen ca. 50 Jahre alten Mann, welcher sich durch Cyankali vergiftete. Er soll in der letzten Zeit vor seinem Tode grosse Furcht vor Wiederholung einer früher an ihm gemachten Mastdarmfisteloperation gezeigt haben. Irgend welche Veranlassung zum Selbstmord ist sonst nicht bekannt geworden. —

Die Section zeigte, dass die Dura mater in der vorderen Hälfte der grossen Längsspalte des Gehirnes sich über die Convexität der Hemisphären ausspannte, ohne einen trennenden Sichelfortsatz zwischen die letzteren zu senden. Die Falx cerebri endet, sich allmählich von hinten noch vorn verschmälernd, etwa in der halben Länge des Gehirnes. Die Pia bildet daher in der vorderen Region die einzige Trennung beider Hirnhälften. Nach vorsichtigem Lösen derselben sieht man links etwa 6 ctm. über dem Hirnende die Mantelkante nach rechts über die Mittelebene hinausgewölbt; rechts besteht eine entsprechende Einsenkung. Es ist mithin die linke Hemisphäre auf Kosten der rechten vergrössert. Die erste der in den Text eingedruckten Figuren zeigt eine schematische Darstellung der Falx, eingezeichnet in eine Abbildung von Henle, die zweite gibt eine Ansicht des Gehirnes von oben und dient zur Erläuterung der ausführlich beschriebenen Furchen und Windungen, die wir hier ohne die Figur zu reproduciren nicht wiedergeben können und in Betreff der wir auf das Orginal verweisen. Ueberdies liegt nach Verf.'s Aeusserung das wesentliche Interesse in der Beschaffenheit dieses Gehirnes in der rudimentären Bildung der Falx in Verbindung mit der asymmetrischen Anordnung beider Stirnlappen. Es ist aber eine Bildungshemmung zur Geltung gekommen, welche die Ausbildung der bleibenden Falx cerebri beschränkt hat. Im Hinblick auf die Thatsache, dass gerade vorn die Differenzirung der bleibenden Sichel ausgeblieben ist, müssen wir die Möglichkeit einer *localen* Ursache für die Missbildung der Falx und die Vorwölbung der linken Hemisphäre offen lassen.

In Betreff der Windungen finden sich einige nicht ganz unwesentliche Anomalien, so die ungewöhnlich seichte Beschaffenheit der Sylvi'schen Grube, die etwas schwache Ausbildung des Schläfenlappens, eine nicht gerade häufige Anordnung der Scheitelwindungen der linken

Hemisphäre — aber irgend welche Schlüsse lassen sich aus den vorhandenen Unregelmässigkeiten nicht ziehen. Dies wird besonders Benedict gegenüber betont, wie denn überhaupt die Fortsetzung der bekannten Untersuchungen des Verf.'s nichts ergeben hat, was für eine Specificität der Windungsverhältnisse in dem von Benedict erörterten Sinne verwerthbar wäre, während andererseits das verhältnissmässig häufige Vorkommen atypischer Anordnungen der verschiedensten Art an den Gehirnen von Verbrechern und Selbstmördern dem Verf. sicher gestellt erscheint. Goldstein (Aachen).

---

562) **A. Fox**: Case of cerebral abscess.(Gehirnabscess.) (Brain, Juli 1885.)

Ein 25 jähriges bisher gesundes Dienstmädchen bemerkte Ende Januar nach einem stark blutenden Schnitt in den Mittelfinger der linken Hand, über den sie heftig erschrack, dass sie die drei letzten Finger der linken Hand nicht strecken konnte. Nach 4 tägigem Bestehen des Symptomes erstrekte sich die Lähmung auf die übrigen Finger und den Vorderarm. Später zeigte sich vorübergehend leichtes Zucken der linken Gesichtshälfte und des linken Beines. Bei der Aufnahme (14 Tage nach dem ersten Auftreten der Lähmung) wurde allein der beschriebene Befund constatirt, Sensibilität und electrisches Verhalten war normal. Mitte Februar stellte sich öfteres Erbrechen und unbestimmter Stirnkopfschmerz ein. Tags darauf Schlaflosigkeit, unruhiges Herumwerfen, wobei das linke Bein weniger bewegt wird, Benommenheit und anscheinend Schmerz bei Druck auf die Nacken- und Rückenwirbel. Pupillen normal. Abends Tod im Coma. Die Section ergab einen taubeneigrossen Abscess rechts, der vom Balken bis zur Rinde der 1. Stirnwindung und dem vorderen oberen Theil der vorderen Centralwindung reichte und einen Theil der Rinde zerstört hatte. Eine Verletzung des Schädels wurde nicht gefunden. Wenn man, meint F., nicht mit Lebert einen idiopathischen Abscess annehmen wolle, müsse man erklären, dass die primäre Ursache übersehen sei. Der Sitz des Abcesses entspreche dem Ferrier'schen Centrum für die Supination der Hand, Flexion des Vorderarms und Extension der Hand und des Armes ziemlich genau. Matusch (Sachsenberg).

---

563) **R. Stintzing** (München): Ein klinischer Beitrag zur Poliomyelitis anterior chronica adultorum. (Aerztl. Intelligenzbl. Nro. 41 u. 42. 1885.)

Verf. gehört nicht zu denjenigen, welche der Poliomyelitis chronica das Grablied singen uud die multiple Neuritis auf den Schild erheben. Für ihn beweist die Literatur der letzten Jahre, dass es gewichtige Vertheidiger der alten Lehre noch gibt, welche sich den auf dem Congress für innere Medicin im Jahre 1884 geflogenen Auseinandersetzungen nicht unbedingt unterwerfen. Die Einen von diesen erkennen die Vollgültigkeit der als multiple Neuritis beschriebenen

Beobachtungen an, zweigen von ihr aber eine primär-spinal Krankheit als für sich zu Recht bestehend ab; die Anderen suchen auch für periphere Degenerationen der Nerven und Muskeln die Ursache in geringen, oft histologisch nicht erkennbaren Störungen der trophischen Centren (grauen Vordersäulen). Ein vom Verf. ausführlich mitgetheilter und sorgfältig beobachteter Fall, der einen relativ glücklichen Ausgang nahm, bietet mancherlei interessante Eigenthümlichkeiten und wird aus gewichtigen Gründen für Poliomyelitis subacuta oder chronica gehalten.

Ein 60jähriger Rechnungsrath kam am 26. Novbr. 1884 im klinischen Institute in des Verf.'s Behandlung. Das Leiden hatte im März desselben Jahres mit Leibschmerzen, Mattigkeit, Abmagerung begonnen. Seit Ende Juli kann Pat. nicht mehr schreiben. Pelziges Gefühl in Händen, keine hereditär neuropathische Disposition. Status: Die Oberextremitäten hängen total gelähmt am Rumpf herab, sind im hohem Grade atrophisch. Beugung und Streckung, Pronation und Supination der Vorderarme vollständig aufgehoben. Alle Streck- und Spreizbewegungen völlig erloschen, unkräftige Beugebewegungen mit Händen und Fingern möglich. Nervenstränge am Oberarm nirgends druckempfindlich. Die electrische Untersuchung ergab: Normales Verhalten im Gebiet der Nn. accessorius, thoracicus anter. und lateralis, sowie theilweise des musculo-cutaneus; einfach herabgesetzte Erregbarkeit im N. medianus und ulnaris, sowie in den mediansten Bündeln der Deltoides; EaR. in den übrigen Bündeln des letzteren und im Radialisgebiet ausser Triceps und Supinator, endlich auch in einem Theilgebiet des Ulnaris, in letzterem auch faradische EaR. Der M. flexor carpi ulnaris war bei *normaler* Zuckung faradisch und galvanisch leichter erregbar als sein (herabgesetzt reagirender) Nerv. Das gleiche Verhalten beim rechten M. flexor digitorum sublimis gegenüber dem N. medianus — eine auffallende Erscheinung. Die Behandlung bestand in Anwendung des stabilen galv. Stromes: Differente Electrode (8 : 4) längs der Halswirbelsäule, abwechselnd Anode und Kathode, indifferente Electrode (6 : 12) auf dem Sternum. 6 Miliamp. Stromstärke. Ferner periphere labile Faradisation und Galvanisation der Schulter-, Arm-, Hand- und Brustmuskeln. Allmähliche erhebliche Besserung, wie der 7 Wochen später erhobene Status nachweist. Nach 76 Sitzungen wurde die electrische Behandlung vorläufig eingestellt. Beim Ueberblicken der gesammten Krankheitsbilder sind folgende Punkte hervorzuheben: Beim Eintritt des Kranken in die Behandlnng zeigt sich das Bild einer Paraplegia cervicalis mit ausgebreiteten Muskelatrophien, daneben leichte circumscripte Sensibilitätsstörungen, Erloschensein aller Reflexe. Die schlaffe Lähmung erstreckte sich über das gesammte Gebiet des Plexus brachiales. Unter Zuhilfenahme der electrischen Exploration ergibt sich als am intensivsten geschädigt die vom Radialis innervirte Gruppe der Hand- und Finger-Extensoren, gleichen Grad von Lähmung u. mehr oder weniger hochgradige Atrophie zeigten die Deltamuskeln, Triceps und Supinatoren, Coracobrachialis, Biceps und Brachialis internus, die Pronatoren, die Handballen-

muskeln und Interossei. Die Beuger der Hand und der Finger und die vom Plexus brachialis functionell abhängigen Brust- und Schultermuskeln sind in geringem Grade atrophisch und zeigen keine Veränderung der electr. Erregbarkeit. Der Verlauf der Krankheit entsprach genau dem nur aus der electrischen Prüfung erkannten Lähmungsgraden. Zuerst erlangten die nur paretischen, dann die paralytischen Muskeln mit normaler electrischer Erregbarkeit ihre Function wieder. Für diejenige Muskelgruppe, welche complete EaR. zeigte, musste von vornherein die Prognose zweifelhaft erscheinen. Ungewöhnlich war das electrische Verhalten in den medianen Bündeln des Deltamuskels, in denen trotz Wiedereintritt der Innervation noch nachträglich faradische und galvanische EaR. zur Beobachtung kam. Etwa 1—$^5/_4$ Jahre nach Beginn der Erkrankung wurden endlich wieder beginnende Innervationen in dem durch EaR. gekennzeichneten Muskelgebiete des Ulnaris und Radialis verzeichnet. Ausführlich begründet Verf. nach eingehender Analyse des klinischen Symptomenbildes die Diagnose „Polyomyelitis anterior chronica“. Einige Besonderheiten, vom Typus der chronischen Poliomyelitis abweichend, bestanden darin, dass der Kranke bereits 60 Jahre alt war, als er von der Krankheit befallen wurde, dass die atrophische Lähmung in den oberen Extremitäten begann und auf diese beschränkt blieb. Goldstein (Aachen).

---

564) **Jendrassik** (Budapest): Ueber das Verhältniss der Poliomyelencephalitis zur Basedow'schen Krankheit. (Orvosi Hetilap. 1885. 38, 39.)

16 jähriger Färberlehrling, aus gesunder Familie stammend, bis Juni 1884 gesund. Um diese Zeit Doppeltsehen. Linker Strabismus externus infer.; Ptosis sinistra. Kurz vorher viel Schläge auf den Kopf. Behandlung mit Inductionsstrom erfolglos. Ende August Erschwerung des Kauens, Facialparalyse. Anfangs September kehrte das l. Auge in die Medianstellung zurück, blieb aber dort unbeweglich; rechtes Auge ebenso. Sehkraft gut, Doppeltbilder störend. Später allmählige Protrusio bulbi dextri, das obere Lid nicht mehr schlussfähig. Halsanschwellung, bei Verrichtung schwerer Arbeit Herzklopfen. —

Status bei der Spitalaufnahme im October: Hochgradiger Exophthalmus besonders rechts, starrer Gesichtsausdruck. Linke Ptosis. Bulbi starr in Medianstellung, Sehaxen divergiren ein wenig, Doppeltbilder. Die der Locomotion entsprechende unwillkürliche Augenbewegung ist eine vollkommene. Pupillen in Ordnung, Augenhintergrund ebenso. Hochgradige Parese der unteren Gesichtsmuskeln. Bewegung des Gaumensegels und der Kaumuskeln beschränkt. Schwäche der oberen Extremität, besonders in den Schultermuskeln. Druckkraft der r. Hand 18, der l. 22 Kilo. Struma. Linke Herzhypertrophie. Puls 120. Resp. 21—24.

In erster Linie handelt es sich um Basedow'sche Krankheit; sodann um einen Complex von Motilitätsstörungen der Augen-, Gesichts-,

Kau-, Schlund- und der oberen Extremitätenmuskeln. Die Sensibilität ist intact. Der Ursprung dieser Lähmungen muss ein cerebraler sein. Gegen eine Basiserkrankung spricht der Umstand, dass nur motorische Nerven afficirt sind. Der Herd muss an einer Stelle sein, weil alle Symptome zugleich auftraten, und symmetrisch auf einige Muskeln beschränkt sind. Ueber dem Hirnstiel kann der Herd nicht sitzen wegen der Doppeltseitigkeit der Symptome. Bei solcher Exclusion bleiben noch Oblongata und hinterer Theil des Mittelhirns mit den Nervenkernen. Verf. diagnosticirt eine Erkrankung der letzteren auf Grund der electrischen Untersuchung. Diese ergiebt vollkommene Lähmung des Oculomotorius (pupillare und Ciliarfasern ausgenommen), Trochlearis und Abducens, Parese des motor. Trigeminus und Facialis.

Topographisch liegen die bezüglichen Kerne in Mittelhirn und Oblongata nebeneinander. Verf. benennt die Affection Polio-myelencephalitis superior im Gegensatze zu einer inferior, die sich mit der Bulbärparalyse deckt. Werden bei der ersteren Form (der superioren) am meisten die oculomotorischen Kerne afficirt so spricht man von einer Ophthalmoplegia. Doppelbilder sind hierbei die Regel und nur dann nicht vorhanden, wenn sämmtliche oculom. Kerne auf einmal erkranken, was immerhin sehr selten. Charakteristisch für die Kernlähmung des Oculom. ist die Doppeltseitigkeit und das Freibleiben der inneren Fasern (Pupillen). Die Ophthalmoplegie ist oft eine Complication der Tabes, doch ist dann die Pupillenstarre von der ersteren zu trennen. Verf. hält es für wahrscheinlich dass die tabetische O. nicht demselben Processe entstammt wie die der Polio-myelenc.; während die tabetische meist einseitig und vergänglich ist bleibe die andere meist beiderseitig und constant.

Verf. geht dann über zu Reflexionen über die Localisation des Morb. Basedow, die hier nicht wiedergegeben werden können. Er kommt zu dem Schlusse, dass derselben in der Oblongata ein umschriebener Herd entspricht, höchst wahrscheinlich in der Höhe des VII. Kerns, jedoch abgesondert von den Kernen der Hirnnerven.

Erlenmeyer.

---

565) **Wilh. Th. v. Renz** (Wildbad): Ueber Krankheiten des Rückenmarks in der Schwangerschaft. (Ein bei der Strassburger Naturforscher-Versammlung *nicht* gehaltener Vortrag.) (Wiesbaden bei Bergmann. 1886.)

In der Vorrede setzt Verf. auseinander, durch welch' ungünstige Umstände er veranlasst wurde, seinen Vortrag in Strassburg nicht zu halten. Zum grossen Theil trägt wohl die in des Ref. Bericht erwähnte Tendenz des „Tageblattes“ die Schuld, in welchem nichts von Verlegung der Sectionslocale etc. zu lesen war. Der Vortrag selbst knüpft an zwei von Jolly auf der Baden-Badener Neurologen-Versammlung mitgetheilte Fälle von Schwangerschaftslähmung an, welche J. geneigt war, der „Hysterie“ zuzuzählen. Zunächst setzt Verf. aus-

einander, dass die pseudo-spinalen Schwangerschafts-Paraparesen viel häufiger sind als die wirklich spinalen und dass sie mit letztern nicht gar selten in praxi verwechselt werden. Es sind dies dem Krankheitsbilde der Osteomalacie angehörigen „ostalgisch-myasthenischen Paraparesen der unteren Extremitäten“. Dass die Osteomalacischen nebenbei auch spinal erkranken können, ist selbstverständlich. Lehmann's sogenannte „Sacrallähmung“ der Frauen, die derselbe auf den Druck des uterus gravidus in plexum sacralem zurückführt und die sein Kritiker Eulenburg vom Druck des Kopfes auf die grossen Nervenstämme der Unterextremitäten *während der Geburt* abhängig sein lässt, müsste eher *Lumbo*sacrallähmung heissen, da das Heben der Oberschenkel die Function des beiderseitigen M. iliopsoas ist. Aber kaum bei einem osteomalacisch verengten Becken wird doch der Kopf eines Kindes *beide* Mm. iliopsoae so überlagern, dass er sie lahm zu quetschen im Stande wäre, geschweige gar bei einem nicht verengten Becken.

Was die Fälle wirklich spinaler Schwangerschaftslähmungen anbetrifft, so war der erste ein Fall von *multipler Sclerose*. Eine Frau 39 Jahre alt, wird Ende August 1868 in's Katharinenstift aufgenommen. $2^1/_2$ Jahre zuvor, während ihrer zweiten Schwangerschaft, will sie ausser leichtem Kreuzweh ein pelziges Gefühl in den unteren und bald darauf auch in den oberen Extremitäten gehabt haben; zugleich war das Gehen erschwert. In den beiden darauf folgenden Geburten steigerten sich diese Symptome. Nach dem letzten Puerperium stand sie mit unsicherem, zittrigem Gang auf. Allmählich Verschlimmerung, Intentionszittern etc. Tod im Juli 1869. Der zweite Fall war eine Querläsion des *Rückenmarks*, die sich Verf. als Compression durch eine „wahrscheinlich vom Knochen ausgegangene maligne Neubildung“ deutete. Frau F. wurde im 37. Lebensjahre (1867) schwanger. Im 3. Monate entstand plötzlich in der Nacht heftiger, zuckender Schmerz zwischen dem l. Schulterblatt und der Wirbelsäule, bis zum Sternum ausstrahlend (Intercostalneuralgie), der sich bei Tage verlor, allnächtlich wiederkehrte und sich (dann auch bei Tage anhaltend) bei Witterungswechsel steigerte. Nach einem Fussbad im 7. Monate tritt Pelzigsein beider Fusssohlen auf, nach 8—14 Tagen plötzlich Paraplegie beider Beine. Später Incontinentia urinae; nach der glücklich erfolgten Geburt tonische Streckkrämpfe, Beine werden in starrer Contractur gegen den Unterleib heraufgezogen. Aufnahme in's Spital im Juni 1869. Linke untere Extremität — in stumpfem Winkel — starr gebeugt, kann zwar nur passiv, aber vollständig gestreckt werden, rechtes Bein ist im Hüft- und Kniegelenk unter sehr spitzen Winkeln gebeugt, lässt sich mit grosser Anstrengung bis zu rechten Winkeln strecken. Brust und Lendenwirbelsäule auf Druck schmerzhaft und kyphotisch. Tod 1870. Decubitus, Blasen- und Mastdarmlähmung. Wegen der heftigen Schmerzen als Initialsymptom entschied sich Verf. hauptsächlich für oben gegebene Diagnose gegenüber einer spondylitischen Pachymeningitis externa.

Dritter und vierter Fall betreffen „atrophische Spinallähmungen“.

Frau M. 1878, 32 Jahre alt, dritte und letzte Schwangerschaft. Während derselben Schwächerwerden zuerst der Finger der linken, später auch der rechten Hand. Nie Schmerzen im Nacken oder in den Armen. Herbst 1882 konnte sie ihre Hände zur Arbeit nicht mehr gebrauchen. Spitalaufnahme (September 1883): Handmuskeln — namentlich die Flexoren — links in höchstem, rechts in hohem Grade atrophisch, sämmtliche Finger beider Hände, sowie diese selbst, in Flexionsstellung. Die atrophischen Muskeln und deren Nerven zeigen für den constanten Strom quantitativ verminderte Reaction, für den faradischen Strom besteht erhöhte Reizbarkeit. Kniesehnenreflexe enorm gesteigert, Fussclonus beiderseits. Verf. vermuthete eine intramedulläre Neubildung (Gliom) an der vorderen Hälfte des mittleren und unteren Abschnittes der Cervicalanschwellung.

Der letzte Fall betrifft eine Frau, welche mit 29 Jahren (1868) in ihrer siebenten Schwangerschaft stand; während derselben entstanden im rechten Vorderarm, sowie am linken Unterschenkel fibrilläre Zuckungen, kein Schmerz. Verlust der Muskelkraft im rechten Daumen u. Zeigefinger, sowie in der linken grossen und zweiten Zehe. Nach der Geburt derselbe Zustand. Zwei Jahre später war die Frau wieder in Hoffnung. Dieselbe Symptomenreihe. Seit 1872 Fortschritt der Erscheinungen. Abmagerung der Glieder, Hände im Handgelenk gebeugt, Daumen extendirt, die übrigen Finger in der ersten Phalanx hyperextendirt, in der zweiten und dritten flectirt, Muskulatur beider Unterschenkel links mehr als rechts atrophisch. Hahnentritt beim Gehen. Für beide Stromesarten an Nerven und Muskeln nichts qualitativ Abnormes, dagegen quantitative Reactionsverminderung an Nerven und Muskeln der rechten oberen Extremität, am rechten Ober- und linken Unterschenkel. Spitaldiagnose: Gegenwärtig stationäre progressive Muskel-Atrophie mit gekreuztem Beginn. Schliesslich bemerkt Verf., dass die hier mitgetheilten Krankengeschichten keine besondere Gruppe bilden, die Schwangerschaft sei eben — und Ref. möchte dies ganz besonders betont wissen — eine zufällige occasio zu erhöhtem Stoffleben gewesen, während welcher die Rückenmarksaffection eingesetzt hat.

Goldstein (Aachen).

---

566) **Brown-Séquard** (Paris): Effect de l'irritation de la base de l'encéphale. (Reizung der Basis des Gehirns.) (Gaz. des Hôp. 1885. Nr. 130.)

B. theilte in der Sitzung der Société de biologie vom 7. November d. J. zu Paris auf Grund seiner Beobachtungen mit, dass gegen den auf die Basis des Gehirns applicirten galvanischen Strom manche Thiere gar nicht, andere dagegen sehr lebhaft reagiren.

Ebenso verhalte es sich in klinischer Hinsicht, da eine Fractur des zweiten oder dritten Halswirbels bald Coma und vollständig Reactionslosigkeit, bald eine Erregung aller Muskeln zur Folge habe, der Art, dass die Temperatur nicht selten 44 Grad erreiche.

Pauli (Köln).

---

567) **Th. Savic** (Paris): Nature et Traitement de la Chorée. (Natur und Behandlung der Chorea.) (Paris, 8°. 65 S.)

Verfasser polemisirt gegen die Auffassung, als ob die Chorea zu den rheumatischen Affectionen zu zählen sei; er begrenzt den Begriff „Chorea" ziemlich eng; er schaltet von vorne herein aus die „chorée saltatoire, malléatoire, électrique", ferner die Hemichorea posthemiplegica und die Hemichorea praeparalytica, endlich die Chorea der Erwachsenen und Greise, so dass er zuletzt hauptsächlich bei der Chorea der Kinder und Heranwachsenden stehen bleibt. Die Definition des Begriffs und die Beschreibung des Krankheitsbildes bleibt er schuldig, „glücklicher Weise ist der Name klarer als jede Definition". In ähnliche Weiser versteht er unter Rheumatismus nach Ausschluss mehrerer Formen (ostefibröser Rheumatismus, chronischer progressiver Gelenkrheumatismus, arthritis deformans) nur den acuten fieberhaften Gelenkrheumatismus und prüft nun auf Grund seiner (18) Beobachtungen ob zwischen der chorea κατ' ἐξοχήν und letzteren Aehnlichkeiten und Beziehungen Statt haben. Dies wird verneint. Er citirt zunächst 7 Fälle, in denen die chorea mit Erscheinungen complicirt ist, die man als rheumatische ansprechen könnte, sowohl localer, als visceraler Natur. Er weist, zuweilen etwas gezwungen, nach, dass wenn auch einzelne locale Erscheinungen aufgetreten seien, doch immer zum typischen Bilde einer oder mehrere der ausschlaggebenden Factoren gefehlt habe, und dass darum zwingende Gründe für die rheumatische Natur der fraglichen Affectionen nicht vorlägen; auch die „manifestation viscéraler" (Unregelmässigkeit der Herzaction, Herzgeräusche etc.) seien nur unbedeutend und für die rheumatische Natur nicht beweisend, da sie auch bei andern Allgemeinkrankheiten vorkämen; ebenso existire von Seiten der Meningen zwischen beiden Krankheiten keine Aehnlichkeit, auch die Erblichkeit sei bei beiden ganz verschieden, der Beginn sei bei chorea ganz akut, beim Rheumatismus nicht, dieser bevorzuge das erwachsene Alter und das männliche Geschlecht, die Chorea grade umgekehrt. Habe demnach die Chorea nichts mit dem Rheumatismus gemein, so sei sie vielmehr in eminentem Sinne eine nervöse Affection, es zeigten sich bei ihr „phénomènes fonctionels essentiellement nerveux", wofür auch die häufige Entstehung im Ausschluss an eine Gemüthsbewegung, das häufige einseitige Vorkommen und das Fehlen eines anatomischen Substrats spreche. Von Bedeutung für diese Auffassung sei auch das Verhalten des Kniephänomens; er fand dasselbe unter 18 Fällen 2 Mal normal, 2 Mal gesteigert, 14 Mal erloschen und vermindert; er stellt letztere Fälle in Parallele mit dem Fehlen des Westphal'schen Phänomens bei der Ataxie locomotrice. Auch die bei der Chorea vorkommenden Gelenkleiden trügen den Character der spinalen Gelenkleiden und die „lésions viscerales" setzt er in Analogie mit den bei spontanen, traumatischen und experimentellen Leiden der nervösen Centra beobachteten. (Ecchymosen etc.) Die Ursache der Chorea findet er in der Entwickelungsperiode, namentlich dem Wachsthum, wodurch das functionelle Gleichgewicht gestört werde; je nach der Natur des Individuums entstehe dadurch eine Anämie, wenn nämlich das Blut

speciell leide, oder eine idiopathische Neurose, wenn das Cerebrospinalsystem am wenigsten Widerstand leisten könne. Es sei also die Chorea eine Neurose des Wachsthums.

Als Behandlung empfiehlt er warm Chloral und nasse Einwicklung; das erstere sei schon oft angewandt worden, aber nicht systematisch. Er empfiehlt bei Kindern über 10 Jahren 4 Gramm pro die in 3 Dosen, (1+1+2) nach den Mahlzeiten. Dauer der Behandlung, bis die Besserung sich der Genesung nähert; er hat auf diese Weise erreicht, dass die Pat. 12—14 Stunden täglich schliefen; der Erfolg war überraschend: nicht nur Ruhe, keine Verletzung und Abmagerung, sondern auch Abkürzung der Krankheitsdauer, bis auf 4—6 Wochen im Durchschnitt. Keine unangenehmen Nebenwirkungen des Chloral, einmal nur flüchtiges Exanthem mit 37^0,9. Darreichungsform des Chloral war eine „confiture au chloral", so dass 20 Gramm 1 Gramm Chloral entsprechen. In verzweifelten Fällen ist ihm die nasse Einwicklung ein schätzenswerthes Adjuvans. Das Tuch wird in Wasser von 10—12^0 C. gelegt, dann ausgewrungen; der Kranke wird mit demselben warm gerieben, dann in dasselbe eingeschlagen und in dem so hergestellten Dampfbad $^1/_2$ Stunde gelassen.

Zum Schlusse folgen weitere Mittheilungen über elf Kranken bei denen ebenso wie bei ihren Eltern rheumatische Antecedentien fehlen.

Stoltenhoff (Saargemünd).

---

568) **W. Pye**: Nerve suture, strangulation at point of junction, operation. Rapid recovery of sensation and movement. (Nervenaht, Strangulation am Orte der Vereinigung. Nach-Operation, schnelle Wiederkehr der Empfindung und Bewegung.) (Brain, Juli 1885.)

Nach Verletzung durch Glasscherben blieb Anästhesie des 4. und der Ulnarseite des dritten Fingers links und durchschiessende Schmerzen in 1. und 2. Finger zurück. Der getrennte Ulnaris wurde aufgesucht und genäht, die Wunde heilte mit mässiger Eiterung. Trotzdem blieb der Zustand, die Hand wurde klumpig und magerte ab, die Sensibilität wurde vermindert. 16 Monate nach der Operation wurde nochmals der Ulnaris freigelegt und das strangulirende Nervengewebe durchschnitten. Etwa ein Monat später war die Hand nahezu gebrauchsfähig wie die rechte.

Matusch (Sachsenberg).

---

569) **Ch. Beevor**: On staining in toto the central nervous system with Weigert's hämatoxylin. (Färbung des Central-Nervensystem in toto mit Weigert's Hämatoxylin.) (Brain, Juli 1884.)

Die Methode besteht in Härtung des Stückes in Methylalcohol, Einlegen in eine Lösung von Kal. bichromat. (3%), 1—4 Wochen lang, nochmaliger Einwirkung von Methylalcohol für 1—2 Tage und hierauf Färben mit Hämatoxylin.

Matusch (Sachsenberg).

---

570) **Bókai** (Klausenburg): Ueber Paraldehyd als Antidot des Strychnins. (Orvosi Hetilap. 1885. 35, 36, 37.)

Da Paraldehyd die Thätigkeit des Rückenmarks als Reflexcentrum in hohem Grade herabsetzt, versuchte Verf. ob es nicht als Antidot gegen Strychnin wirksam sei. Bei Fröschen, Kaninchen und Hunden erzielte er gleich günstige Resultate: Thiere die mit Parald. narcotisirt waren, vertrugen Strychnindosen, welche die kleinsten tödlichen Dosen vielfach überstiegen und blieben am Leben. Weitere Versuche lehrten, dass Strychnin kein Antidot des Paraldehyd ist, wie es auch kein Antidot des Chloral ist. Verf. empfiehlt auf Grund dieser Versuche und physiologisch-theoretischer Reflexion P. auch als Gegengift bei Strychninvergiftung beim Menschen. E.

---

571) **Fr. Lange** (Oestift): Et Par Momenter af Sindsygdommenes almindelige Aetiologie. Alder og Dannelse. (Ein paar Punkte aus der allgemeinen Aetiologie der Geisteskrankheiten. Alter und Bildung.) (Hospitals-Tidende Nro. 32, 33, 34,1885.)

1. Alter. Gegenstand der Untersuchung ist die Häufigkeit der Geisteskrankheiten auf den verschiedenen Altersstufen sowie der in denselben Lebensperioden für die Entstehung jener wirksamen ursächlichen Momente. Die Ergebnisse der Untersuchung zusammengehalten mit den in eben denselben Perioden vorherrschenden Erkrankungsformen sollen dazu dienen, die Bedeutung der verschiedenen ätiologischen Factoren klarzustellen.

Der Statistik des Verf.'s liegt ein Material von 1000 Patienten zu Grunde, acute und chronische Fälle, die im Verlauf von 7 Jahren in die Anstalt aufgenommen wurden. Das Durchschnittsalter für die Aufnahme betrug genau 38 Jahre, für den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns dagegen — derselbe konnte für 671 Fälle ermittelt werden — 29 J., während der absolute Zeitpunkt der ersten Erkrankung sich von einem ziemlich frühen Kindesalter bis jenseits des 70. Jahres erstreckte.

Was zunächst den Einfluss der verschiedenen ursächlichen Momente in verschiedenen Lebensperioden betrifft, so findet man die *ererbte Disposition*, die bei dem gesammten Material in 58 p. Ct. der Fälle nachweisbar, bei den zwischen dem 10. und 20. Jahr Erkrankten in 81 p. Ct., und zwar in 71,5 p. Ct. derselben als Disposition in der Descendenz, ganz überwiegend von den Eltern, nur in einzelnen Fällen von den Grosseltern. Die dieser Altersstufe am meisten eigenthümlichen Krankheitsformen sind die eigentlichen *Degenerationszustände*, unter ihnen besonders der *erworbene Idiotismus*. Zwischen dem 20. und 25. Jahre, wo die psychischen Erkrankungen noch einen ähnlichen Charakter wie in der Pubertätsperiode haben, nur dass noch andere Degenerationszustände, wie z. B. *impulsives Irresein* und *Moral insanity* hinzutreten, ist die ererbte Disposition noch in 67 p. Ct. nach-

weisbar gewesen, also immer noch höher als im Durchschnitt; von ihnen handelte es sich wieder in 74 p. Ct. um directe Disposition in der Descendenz.

Von den *Gelegenheitsursachen* fand L. für solche *von ausschliesslich psychischer Beschaffenheit* — i. G. 46 Fälle — als Durchschnittsalter für das erste Auftreten der Krankheit 27,3 J., und waren 40 Individuen zugleich mit ererbter Disposition behaftet.

Bei der *primären Verrücktheit* konnte in 66 p. Ct. ererbte Disposition nachgewiesen werden. Durchschnittsalter für das Entstehen, allerdings nur für eine Minorität von Fällen bestimmbar, 37,1 J.

Unter 37 *Paralytikern* konnte der Zeitpunkt des ersten Auftretens der Krankheit in 20 Fällen bestimmt werden. Derselbe war im Durchschnitt 40,9 J.; ererbte Disposition war in 31 p. Ct. derselben vorhanden. Von 67 *durch Alcoholmissbrauch Erkrankten*, für welche das Durchschnittsalter bei der Aufnahme 42,5 J. betrug, konnte bei 32 Individuen der Beginn der Erkrankung genau bestimmt werden. Es ergab sich als Durchschnitt 40,7 J. Hier war erbliche Disposition in 48,9 p. Ct. vorhanden.

Um den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns in seinem procentualen Verhältniss zu den verschiedenen Altersstufen zu zeigen, giebt L. folgende Tabelle, in welcher zur Vergleichung auch das Alter zur Zeit der Aufnahme für sämmtliche 1000 Fälle in den gleichen Altersstufen verzeichnet wird.

	Zur Zeit des ersten Anfalls.	Zur Zeit der Aufnahme.
Zwischen 10. u. 20. Jahr.	195 = 29,1 p. Ct.	89 = 8,9 p. Ct.
„ 21. „ 25. „	150 = 22,4 „ „	126 = 12,6 „ „
„ 26. „ 30. „	88 = 13,1 „ „	133 = 13,3 „ „
„ 31. „ 35. „	61 = 9,1 „ „	132 = 13,2 „ „
„ 36. „ 40. „	49 = 7,3 „ „	134 = 13,4 „ „
„ 41. „ 45. „	42 = 6,2 „ „	103 = 10,3 „ „
„ 46. „ 50. „	25 = 3,7 „ „	88 = 8,8 „ „
„ 51. „ 55. „	23 = 3,4 „ „	70 = 7,0 „ „
„ 56. „ 60. „	24 = 3,6 „ „	49 = 4,9 „ „
„ 61. „ 65. „	11 = 1,6 „ „	44 = 4,4 „ „
„ 66. „ 70. „	2 = 0,3 „ „	22 = 2,2 „ „
Ueber 70. „	1 = 0,1 „ „	10 = 1,0 „ „
	671	1000

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass das Maximum der Erkrankungen in die Periode zwischen dem 10. und 20. Jahre fällt, und dass über die Hälfte sämmtlicher Erkrankungen bereits vor dem 25. Jahre stattfindet. Daraus geht hervor, dass die ursächlichen Momente, die sich in dieser am meisten gefährdeten Periode geltend machen, auch die bedeutungsvollsten überhaupt sein müssen, also *vor allen die erbliche Disposition*, welche in den späteren Lebensperioden allmählich an Bedeutung einbüsst. Alle anderen schädlichen Einflüsse zusammengenommen, wie sie vorwiegend die Erwachsenen treffen, können sich an Bedeutung nicht mit dieser in das Leben hineingebrachten Erbschaft messen.

2. *Bildung.* Die Frage, welchen Einfluss die *Bildung* auf die Entstehung resp. Verbreitung von Geisteskrankheiten hat, ist begreiflicherweise auf statistischem Wege weit schwieriger zu entscheiden, als die nach dem Einfluss des Alters. Von den üblichen drei Wegen, Vergleichung civilisirter und uncivilisirter Völkerschaften, Vergleichung der Häufigkeit der Geisteskrankheiten innerhalb desselben Volkes in früheren Perioden seiner Culturentwicklung mit der jetzigen und drittens: Vergleichung der Zahl der Aufnahmen in die Anstalten bei Gebildeten und bei Ungebildeten, hat ein jeder seine besonderen Schwierigkeiten und Bedenken. Verf. ist deshalb anders, nämlich so zu Werke gegangen, dass er die einzelnen Individuen innerhalb seines Materiales, soweit dies überhaupt möglich, nach ihrem Bildungsgrade abschätzte und sie entweder in die Klasse der Gebildeten oder in die der Ungebildeten verwies. Von seinen 1000 Patienten war dies bei 906 (442 M. u. 464 W.) möglich, und zwar waren 187 (91 M. u. 96 W.) den Gebildeten, 719 (351 M. u. 368 W.) den Ungebildeten zuzurechnen. Es wurden nun die Beziehungen der beiden Klassen zu verschiedenen Krankheitsformen ermittelt.

Zunächst zu den *Krankheiten der Pubertätsperiode.* Von 180 Fällen gehörten 41 (14 M. und 27 W.) zu den Gebildeten, 139 (64 M. u. 75 W.) zu den Ungebildeten. Wenn dies Verhältniss ungefähr dem in der Gesammtzahl der Patienten entsprach, so zeigte sich in Bezug auf den Verlauf ein auffallender Unterschied zwischen beiden Kategorieen. Von den Gebildeten verfielen nur 4 i. e. 10 p. Ct. dem geistigen Untergang, während dieser ungünstige Ausgang bei 47, i. c. 34 p. Ct. der Ungebildeten erfolgte. Und doch waren den 41 Gebildeten 36, d. h. 88 p. Ct., unter den Ungebildeten 104, also nur 75% erblich Belastete. Da nun die Zahlen ausserdem ein günstigeres Verhältniss für den Verlauf bei Männern als bei Weibern ergeben, so ist Verf. zu dem Resultat gelangt, dass *das Gehirn des Gebildeten* wie auch das männliche gegenüber dem weiblichen *eine grössere Widerstandskraft* gegen die schädigenden Einflüsse der Krankheit besitzt.

Aehnliche Resultate erhält Verf. für die *primäre Verrücktheit.* Hier ist gleich die Zahl der Befallenen eine für die Ungebildeten weit ungünstigere. Unter 72 Fällen (37 Männer und 35 Weiber) gehören nur 9 (3 Männer und 6 Weiber) der Klasse der Gebildeten, also 63 (34 M. u. 29 W.) den Ungebildeten an, demnach ein Verhältniss von 1:7, während dasselbe in der Gesammtzahl $1 : 3^1/_2$ war. Auch hier ist es die grössere Widerstandskraft der Gebildeten, wenigstens in den ersten Stadien der Krankheit, gegenüber den Wahnvorstellungen und Hallucinationen, welche einen grösseren Schutz vor dem völligen Erliegen, also vor der Systematisirung der Wahnvorstellungen, vor der Ausbildung der Verrücktheit gewährt. Auch hier bestätigt sich das günstigere Verhalten des männlichen gegenüber dem weiblichen Geschlecht.

Bei anderen Krankheitsformen, wo ja andere ätiologische Einflüsse mehr hervortreten, so bei dem potatorischen Irresein, bei der progres-

siven Paralyse etc., lässt sich der Einfluss der Bildung weniger feststellen.

Im Allgemeinen ist also Verf. durch seine Untersuchung dazu gelangt, der Bildung eher einen stärkenden Einfluss zuzuschreiben, sich also denen anzuschliessen, welche in der wahren Bildung das beste Heilmittel gegen die Uebel, welche unwahre und oberflächliche Bildung mit sich führen, zu erkennen glauben. Dehn (Hamburg).

III. Aus den Vereinen.

I. Académie des Sciences zu Paris.

Sitzung vom 2. November 1885. (Le Progrès méd. Nro. 46. 1885.)

572) **Vulpian:** *Ueber den Ursprung der Drüsennerven und der gefässerweiternden Nervenfasern, die zur Chorda Tympani und zum Nervus glosso-pharyngeus gehören.* — Alle Fasern der Chorda Tympani, deren Funktion bekannt ist, kommen in Wirklichkeit vom Nervus Facialis. Die Chorda Tympani ist nicht das Produkt von Anastomosen, die vom Facialis durch andere Nervenstämme geliefert sind; sie ist in der That ein Ast des Nervus Facialis selbst und mit Ausnahme von wenigen anastomosischen Fasern ist sie gänzlich dem trophischen Einflusse des Ganglion geniculatum unterworfen. Die Fasern, die der Glosso-pharyngeus an die Parotis und die hintere Partie der Zunge abgiebt, kommen von dem Nerven, sobald er die Medulla oblongata verlassen hat. Rabow (Berlin).

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 31. October 1885. (Le Progrès méd. Nro. 46. 1885.)

573) **Brown-Séquard:** *Einfluss des Kaffee's auf den Pruritus ani et vulvi.* In 2 längere Zeit beobachteten Fällen konnte Brown-Séquard sich davon überzeugen, dass eine constante Beziehung zwischen der Aufnahme von Kaffee und dem Erscheinen der überschriftlich erwähnten Affection bestand. Enthaltung des Kaffees brachte den Pruritus gänzlich zum Schwinden.

574) **Dupuis:** *Zerstörung der ganzen Region der den motorischen Centren entsprechenden Gehirnrinde mit Glüheisen bei einem Affen.* Das Thier zeigte nur eine Parese der vordern Extremität, ausserdem beträchtliche Einengung des Gesichtsfeldes. Die mehrere Monate nach der Operation gemachte Autopsie liess das Bestehen der Läsion constatiren.

(Sitzung vom 7. November 1885.)

575) **Galézowski:** *Ueber die Wirkung des Pelletierin bei Lähmungen der Augenmuskeln.* Mit vorerwähntem Mittel hat G. bereits 7 Heilungen oder sehr erhebliche Besserungen erzielt. Er lässt 1 Gramm des Alcaloids in 120 Gramm Syrop innerhalb 24 Stunden nehmen. Bei der vierten oder fünften Gabe schwinde die Paralyse. Da diese Me-

dikation recht theuer ist, versucht G. gegenwärtig der Wirkung dieses Mittels bei Einführung auf subcutanem Wege kennen zu lernen.

III. Académie de Médecine zu Paris.

Sitzung vom 10. November 1885. (Le Progrés méd. Nro. 46. 1885).

576) **Dujardin-Beaumetz**: *Ueber hypnotische Eigenschaften des Phenylmethylacetonon* oder *Acetophenon.* Die physiologischen Eigenschaften des Acetophenon sind bereits von Popof und Nencki studirt worden. Dasselbe soll sich im Organismus in Kohlensäure und Benzoesäure umwandeln. Nach Dujardin-Beaumetz und Bordet wirkt das Mittel stark hypnotisch. Beim Erwachsenen ist die Dosis 0,05—0,15 mit etwas Glycerin versetzt und in Gelatincapseln gegeben. Es bewirkt tiefen Schlaf und wird gut vertragen. Nur der Geruch des Athems ist sehr unangenehm. — Das Mittel wurde auch Meerschweinchen in der Dosis von 0,5 injicirt. Unter diesen Verhältnissen trat hypnotische Betäubung, Coma und schliesslich der Tod ein. Rabow (Berlin).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Saargemünd, Director, 1. April 1886 (Herr Dr. Freusberg übernimmt die Dr. Herz'sche Privatirrenanstalt in Bonn) Meld. an das Reg.-Präsidium in Metz. 2) Bendorf am Rhein (Dr Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke), Assistenzarzt, sofort, 1500 M. und freie Station. 3) Lengerich, II. Assistenzarzt, 1. Januar 1886. 1200 M. und fr. Stat. 4) Colditz, Assistenzarzt, 1800 M. und fr. Stat.

Ernannt. Herr Dr. Waehner in Bunzlau, unser verehrter Mitarbeiter, zum Director der ostpreuss. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Allenberg. Herr Dr. Hallervorden, II. Arzt in Allenberg, zum Director der neu erbauten Anstalt in Kortau bei Allenstein in Ostpreussen. Herr Professor extraord. von Krafft-Ebing in Graz zum ordentlichen Professor.

Druckfehler.

Seite 527, Zeile 19 liess „Sammlung nicht".
„ 528, „ 17 „ Uebung statt Drehung.
„ 541, „ 1 „ Abscisse statt Abrisse.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das I. Quartal 1886 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Dieser Nummer liegt Titel mit Register der Originalien und alphabetisch geordnetes Inhalts-Verzeichniss bei.

Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

Abducenslähmung 65.
Accessoriuslähmung 400.
Acetophenon 570.
Acusticus Reflexe 333.
Adamkiewicz 447.
Adams 140.
Addison'sche Krankheit 326.
Aeby 127.
Aesthesiometer 205, 220.
Aetherinjection 266, 451.
Agoraphobie 403.
Albutt 228.
Alexander 127.
Alkoholismus chronicus 538.
Alkohol, Anaesthesie 212.
„ Paraplegie 406.
„ Paralyse 82.
„ Tabes 108.
„ als Therapeuticum 330.
„ Psychosen 284.
Allenberg, Bericht 428.
Althaus 215, 534.
Amaurose, acute 255.
Amyotrophie, progress. spinale 15.
Anaesthesie 286.
„ sensorische 81.
van Andel 443.
Andrews 140.
Anjel 66, 209.
Anomalie, sexuelle 167.
Anstaltsbehandlung der Irren 500.
Aphasie 38, 112, 331, 392. 535.
„ transitorische 537.
Aphonie, simulirte 239.
Apolant 81.
Apoplexie 46, 79.
„ serosa 329.
Arbeitsparesen 325.
Arnozan 451.
Arsenikvergiftung 232.
Artaud 198.
Arthropathie, tabische 469.
Aschenbrandt 352.
Asthma 210, 452.
„ und Psychosen 330.
Ataxie 387; durch Diphtherie 324.
„ locomotrice 423.
Athetose 454.
Athmungscentrum 99.
Atrophie der oberen Körperhälfte 408.
Atropin 210.
Augenerkrankung, hysterische 207.
Augenhintergrund b. Geisteskranken 87.
Augenmuskellähmung 569.
Augennervenmechanismus 319.

Bäder, electrische 149, 377, 428.
Baginsky 353.
Baillarger 190.
Bajenoff 168.
Balken Function 49, 73.
„ Anatomie 526.
Balkentumor 127.
Ball 470, 475.
Ballet 109, 187.
Balneotherapie der Rückenmarkserkrankungen 147.
Bandrheostat 244.
Banham 216.
v. Barlanghi 88.
Báron 32.
Basedow'sche Krankheit 377, 407, 560.
Basilarmeningitis, syphilit. 71.

Batterie, constante, neue 150.
Beach 86, 500.
Beatley 518.
Bechterew 78, 181, 199, 271, 385.
Beevor 527, 565.
Bell 85.
Bellangé 469.
Bellonci 154.
Belougou 469.
Benedikt 59, 152, 441.
Benham 329.
Bennet 128, 352, 454.
Bérenger-Féraud 309.
Berger, Ignaz 359.
Berger, Oscar 257, 276.
Bergesio 350.
Berkhan 283.
Berlin, Irrenstatistik 192.
Bernard 105.
Bernhardt, M. 104, 122, 223, 244, 269, 281, 361.
Berth, Paul 166, 480.
Berwald 324.
Bianchi 197.
Bickerton 87.
Bifulco 197.
Bindearm, Anatomie 271.
Binswanger 434.
Binz 65.
Blake 208.
Blaschko 286.
Bleilähmung 401, 533.
Bleivergiftung 222, 356.
Blumenstock 501.
Blumenthal 12, 202.
Blut der Geisteskranken 329.
Bochefontaine 143.
Boeck 510.
Boeckel 238.
Böke 34.
Bókai 566.
Bompard 494.
Bonnaire 111.
Bordoni-Uffreduzzi 165.
Boucher 420.
Boucheron 422.
Boudet 95, 205.
Bourneville 14, 186.
Brandstiftung 431, 501.
Bramwell 228.
Bricon 186.
Bristowe 127, 448.
Brocker 184.
Bromsalze 209, 407.
Browning 221.
Brown-Séquard 527, 563, 569.
Brugia 38.
Brunton 394.
Bucquoy 96.
Bückling 335.
Bulbärparalyse 509; spast. amyotr. 202; pseudo 221.
Bunzlau, Bericht 477.
Burr 68, 117.

Camphervergiftung 403.
Campbell 427, 454.
Camuset 546.
Canabinon 11.
Canfield 423.
Canger 213.
Capillarapoplexie 333.
Capozzi 161.
Capsicum anuum 327.
Caroë 332.
Carnivorengehirn 414.
Carrier 405.
Castration bei Hysterie 63.
Catlett 325.
Cerebrospinale Sclerose, diss. 321.
Centralwindungen, Erweichung 79.
„ Atrophie 553.
Centrum ano-vesicale 198.
Chantemesse 129, 421.
Chapin 141.
Charpentier 383, 480.
Charcot 207, 353, 539, 541.
Chiari 493.
Chloroform 516.
„ anaesthesie 96.
Chorea 111, 235. 515, 564.
„ beim Hund 351.
„ laryngea 239.
„ rhytmica 541.
Chorda Tympani 569.
Christian 89, 380.
Cinchonamin, sulphur. 143.
Clevenger 23, 113, 250.
Cocain 11, 12 142, 453.
„ bei Morphiumentziehung 289.
„ Intoxication 525.
Coester 325.
Collateralinnervation der Haut 60.
Coma haemorrhag. 48.
Compressionsmyelitis 106.
Contractur, tabische 388.
Corpus callosum, Anatomie 526.
Cotard 214.
de Craene 431.
Crespin 187.
Cretinismus 184.
Crothers 23.
Cullerre 545.
Curarinum sulfur. 162.
Curt 360.
Cysticercus cell. cerebri 105.

Dana 67, 211, 222, 520.
Danilewsky 307.
Danillo 104.
Darm, Galvanisation dess. 95.
Debove 167.
Decubitus 165.
Deecke 454.
Degeneration psychische 545.
„ secundäre im R.-M. 373.
Dehio 42.
Delavan 221.
Delirium acutum 190.
„ tremens 212, psych. 328.
„ nach Nasenoperation 498.
Delusion 68.
Demange 388.
Dementia paralytica siehe Paralyse.
Denken, neuropathologisches 152.
Desnos 95, 143, 168.
Diabetes insip. 556.
Didier 468.
Dixon 239.
Donat 219.
Doppeltdenken 262.
Dreschfeld 82.
Druckempfindung 246.
Drüsennerven 569.
Drummond 228, 449.
Duckworth 321.
Dudley 545.
Dujardin-Beaumetz 570.
Duláska 327.
Dupuis 569.
Dura mater bei Paralyse 546.
Dynamographie 349.
Dyspepsie 497.
Dystrophia muscularis 392, 383.
„ neurotica 14.

Echeverria 326.
Edge 512.
Edmund 454.
Eggleston 210.
Eisen, subcutan bei Psychosen 263.
Eisenbahnunfälle 18, 191, 242.
Eklampsie 22.
Electricität bei Psychosen 86, 260, 384.
Electrische Erregbarkeit, Aufhebung derselben ohne Lähmung 271.
Electrodiagnost. Gesichtsfelduntersuchung 279.
Electrotherapie 112, 312, 437.
Empfindung, Ursache ders. 528.
Encephalitis haemorrhagica 79.
Encephalocele occipitalis 82.
Encephalopathia saturnina 495.
Endplatte, motorische 273.
Engelskjön 279.
Engesser 377.
Entartungreaction 58, 324.
„ sensible 131.
Enuresis 515.
Ependymwucherung 531.
Epilepsie, emotive 283.
„ mitior 544.
„ Jackson'sche 187, 447.
„ syphilitische 21, 208.
„ traumatische 35.
„ durch pustula maligna 21.
„ „ Nasenpolyp 161.
„ „ Taenia 309.
„ „ Gehörerkrankung 422.
„ „ Zahnerkrank. 517, 543.
„ infantile 516.
„ Behandlung 209, 505 (Trep.).
„ Gewaltthätigkeit bei 327.
„ Aetiologie 358.
„ Symptome 383.
Erb 483.
Ergotin 163.
Ernährung, Mechanismus ders. 211.
Erlenmeyer 1, 25, 230, 289, 505.
Eskridge 305.
Excision eines Hirntumors 128.
Exner 461.
Eulenburg, Alb. 97, 149, 392, 509.

Facialis Krampf (Dehnung) 281.
„ Lähmung 19, 34, 97, 143, 145, 331.
„ Neuralgie 22.
Fämiliant 414.
Färbungsmethode 565.
Farbenperception 480.
Faserverlauf im Hirn und R.-M. 127.
Faserneubildung im Gehirn 531.
Faskas 356.
Faulkner 210.
Féré 466, 528.
Fergusson 48.
Ferrier 96.
Fieber, hysterisches 167.
„ nervöses 422.
Fincke 161.
Finnig 134.
Fischer 233.
Fisher 323.
Fischl 512.
Flesch 463, 557.
Folie du doute 455.
Fothergill 61.
Fournier 189.

Foville 441.
Fowler 22.
Fox 558.
Frankreich, Irrenstatistik 117.
Free 44.
Freud 491.
Freusberg 458.
Friedmann 531.
Friedreich'sche Ataxie 514.
Fröhlich 263.
Fuller 221.
Fussclonus 186.

Galézowski 569.
Ganglienzellen 463.
Gefühlslähmung 423.
Gehirn, Abscess 468, 558.
„ Anatomie 199, 217.
„ Atrophie 86.
„ Basis, Reizung 563.
„ Circulation 350.
„ Defect, erworbener 375.
„ Erkrankg., organ. m. Genes. 448.
„ Erregbarkeit, postmortale 479.
„ Erweichung 333.
„ Gewicht 214.
„ Localisation 59, 198, 303, 320, 467, 484, 569.
„ Rinde, Anatomie 483; Druck 36; Erregbarkeit 556.
„ Sclerose 321.
„ Studien 59.
„ Syphilis 532.
„ Tumor 5, 35, 127, 181, 216, 267, 284, 323, 357.
Gehirnhaut, Syphilis 534.
Gehörkrankheit bei Gehirntumor 324.
„ hysterische 208.
Geistesstörung, Aetiologie 88, 566.
„ in der Armee 263.
„ und Asthma 330.
„ Beginn 68.
„ Behandlung 99, 115.
„ bei Cholera 475.
„ Heilung 263 (Erysipel).
„ durch Morphiumentziehung 213.
„ Semiotik 213.
„ transitorische 93.
„ und Verbrechen 85.
Gelsemium 65.
Genie und Wahnsinn 92.
Gent, Bericht 430.
Gerhardt 131.
Gesichtsfeld Einengung, concentr. 416.
„ homonymes 481.
„ Verengerung, hyster. 287.
Gesichtskrampf, halbseitiger ton. 36.
Gesichtshypertrophie einseitige 64.
Geschwülste der Hirnrinde 127 (siehe Gehirntumor).
Gessler 273.
Giacomini 196.
v. Gieson 48.
Giftmord 68.
Gilles de la Fourette 139, 235.
Glandula thyreoidea 184.
Glaser 279.
Gliederstellung, Vorstellung über dies. 529.
Gnauck 12.
Godlee 128.
Götze 106.
Goldstein 99, 433, 457, 481.
Goldzieher 35.
Goltz 484.
Gorbazewitsch 13.
Goschkewitsch 22.
Gowers 538.
Graf 406.
Graucher 321.
Grashey 435.
Grasset 142.
Gray 90.
Greene 105.
Grigorjew 22.
Groedel 147.
Groeninger 311.
Gros 403.
v. Gudden 433, 467.
Günther 470.
Gutachten 46, 68, 70, 93, 141, 431, 501, 502, 547, 549.
Guy 499.

Hadden 538.
Hadlich 150.
Hadra 266.
Hallopeau 453.
Halbseitenläsion 444.
Hallucinationen 68; einseitige 190.
Hamilton 403, 526.
Hankel 64.
Hardy 497.
Harlan 207.
Harris 65.
Hartz 181.
Hasse 164.
Haycraft 528.
Hautkrankheiten u. Nervensystem 184.
Haut-Oedem vasomotor. 203.
„ Störungen trophische bei Tab. 224.
Hebold 284. 535.

Heerdsclerose, multiple 512.
Heirathsberechtigung der Irren 475.
Hemianaesthesie 191, 208, 215 (angeborene).
Hemianopsie 305, 416, 464.
Hemiatrophie der Zunge 109, 446.
Hemichorea 453.
Hemicranie und Tabes 64.
Hemiplegie 468.
Heredität 90, 167.
Herpes Zoster 421; bilateralis 134.
„ facialis 27, 131, 145.
„ occipito-collaris 19.
Herzen 460.
Herzneurosen 61, 156.
Herzruptur spontane 358.
Heufieber 61.
Heyden 381.
Heymann 36, 525.
Hingerichteter, Experimente 450.
Hinterstränge, Erkrankung 536.
Hirschberg 267.
Hirt 446.
Hitzig 67.
Högyes 319, 333.
Hoffmann J. 377.
Homén 313, 373.
Horsley 82, 184.
Horteloup 166.
Hurd 212.
Hydrocephal. chron. 233.
Hyoscin 211.
Hyosciamin, hydrobromatum 212.
Hyperexcitabilität, neuromusculäre 555.
Hypertrophie einer Körperhälfte 371.
Hypnoscop 402.
Hypnotismus 168, 353, 355, 402.
„ experimentalis 306, 307.
„ und cerebrale Blutfülle 308.
Hypoglossus, Anatomie 198.
Hysterie 207, 377.
„ virilis 44, 111, 479.
„ infantilis 84.
„ juvenilis 518.
„ Sensible Störung 236.
„ Castration 63.
Hystero-Epilepsie 34, 187, 355.
Hystero-Somnambulismus 403.
Hystero-Spiritismus 139.

Jacobi 60.
Jaeckel 163.
Janeway 48.
Idiomusculäre Contraction 286.
Idioten Gehirn 407.
„ Schädel 407.
Idiotie 141.
Jelly 500.
Jendrassik 556, 560.
Jensen 428.
Illusion 68.
Imbecillität 500.
Incontinentia urinae 515.
Ingels 430.
Intermittens 22.
Intercostalneuralgie 470.
Jones 183.
Johannessen 421.
Johnstone 518.
Irrenanstalt 116.
Irresein, acutes tödtliches 382.
„ epileptisches 233.
„ praeepileptisches 10.
„ allgem. Pathologie 23.
„ circuläres 424.
„ nach Nasenoperation 498.
„ emotives 499.
Ischias 115.
Isolirung bei Hysterie 207.

Kaan 308.
Kafé 569.
Kahler 15, 158, 392.
Kehlkopf, corticales Centrum 221.
„ Lähmung 325.
„ Functionsstörung bei Nervenleiden 522.
Kemper 306.
Kéraval 168.
Kétli 34, 35.
Kinderlähmung, cerebrale 487.
„ „ halbseitige 450.
Kinesio-neurosen 62.
Kinnier 204.
Kinnreflex 408.
Kirchhoff 198.
Klavierspielerkrampf 281.
Kleinhirn Anatomie 303.
„ Tuberculose 129.
„ Abscess 183.
„ Tumor 305.
„ Atrophie bei Katze 533.
Klockner 43.
Klumpfussbildung 84.
Kniephänomen 110.
Kniephänomen bei Diabetes mell. 355.
„ bei Diphtherie 223.
Knight 71.
Koebner 448.
Koerner 375.
Kohts 485.
Kolpinski 232.
Konrád 87, 279, 547.
Kopftemperatur 197.
Kopftetanus 150.
Korányi 34.

Koschewnikoff 409.
Kothe 325.
Kowalewsky 337.
Krause 522.
v. Krafft-Ebing 46. 68, 70, 93, 141, 547.
Krüche 108.

Lähmung, hysterische beim Mann 477.
„ nach Erfrieren 376.
„ diphtheritische 102.
„ periodische 267, 512.
„ durch Suggestion 287.
Lagrange 239.
Landerer 263.
Landsberg 65, 303.
Lange 566.
Larynxkrisen 523.
Lateralsclerose, amyotroph. 241.
Latroph 68.
Laufenauer 34, 284, 355, 555.
Legaard 303.
Legrand du Saulle 256, 283, 379, 470.
Legroux 96.
Lehmann G. 162.
Lehmann L. 351, 352.
Lehr 377.
Leonard 204.
Leontieff 309.
Lesen der Paralytiker 165, 262.
Leukämische Facialislähmung 19.
Levy 382.
Lewentauer 516.
Lewin 10, 345.
Lewinski 300.
Lewis 408.
Licht, Einfluss auf Wachsthum 13.
Liebert 543.
Lilienfeld 347.
Liman 10.
Limoncello 214.
Linsenkernapoplexie 221.
Liquor cerebrospinalis 435.
Litten 525.
Loewenfeld 129, 225, 251.
Loye 450.
Lublinski 282.
Luft im Gehirn 493.
Lunier 117.
Luys 190.
Lymann 46.

Mabille 379, 406.
Mackenzie 61.
Macphail 326, 329.
Mader 79.
Magen nerven 417.
„ dilatation 421.
„ neurosen 135.
Magnan 167.
Mal perforant 239.
Mandelkern, Krankheiten dess. 288.
Manie 424, 427.
„ epileptische 86.
Mann 112.
Marandon de Montyel 214, 424.
Marie 450.
Martineng 424, 546.
Massei 239.
Massey 255.
Mathieu 379, 497.
Matthews 18.
Mauthner 415.
May 19.
Mayser 405.
McIntosch 232.
Medianuslähmung 35, 361.
Melancholie 379, 455 (Syphilis), 518.
Mendel 10, 202, 266, 342.
Menière'scher Schwindel 353.
Meningitis tuberculosa 71, 129, 495, 537.
„ cerebro spin. 203.
Merces 115.
Mercklin 544.
Meyer, Moritz 553.
Mickle 320, 322.
Mieth 255.
Microcephalie 196.
Microcephalen-Schädel 104.
Mierzejewski 14
Migraine 211, 244.
Millet 190.
Mills 209, 407.
Mitchell 326, 408.
Moebius 65, 244, 371.
Moeli 344, 345.
Mollenhauer 106.
Mollière 238.
Montefusco 197.
v. Monakow 57, 301, 434, 549.
Money 141.
Monoplegie, brachiale 454.
Moore 331.
Moos 324, 353.
Moral insanity 141, 499, 547.
Moravesik 35, 358.
Morphiumsucht 424.
Morphium-Behandlung 213.
„ bei Epilepsie 516.
„ Delirium 67.
Morselli 213, 349.
Motet 284.
Motorische Erscheinungen bei Psychosen 380.

Moure 239.
Müller Franz 236.
Müller C. W. 112.
Multiple Sclerose 151.
Munson 41.
Musikantow 22.
Muskelatrophie nach Masern 131.
„ „ allgemeine 332, 334, 484.
„ „ progressive 281, 490.
„ hypertrophie 10.
„ reizung, mechanische 155.
„ phänomene 201.
„ krämpfe tonische 357.
„ kraft 95.
Musculus crico-aryt. post Lähmung 42, 158.
Musso 350.
Myelitis subacuta 494.
Myelomenigocele 265.
Myxoedem 184, 204, 403.
Myotonia congenita 18, 122.

Nasenreflexneurosen 376.
Nasenschleimhaut Secretion 352.
Nasse 263.
Natriumnitrit 282.
Nebel 163.
Neftel 280.
Nerven dehnung 188, 281.
„ syphilis 45.
„ störung (Taenia) 310.
„ function 45.
„ krankheiten functionelle 354.
„ „ Lehrbuch 134, 326.
„ nath 238, 565.
„ patholog. Anatomie 190.
„ anatomie 491.
„ excitabilität 95.
Nervus facialis, Ganglienzellen 196.
„ glossopharyng,. Physiologie 569.
„ opticus, Anatomie 154, 433.
„ sympathicus 300.
Neuralgien 280, doppelseitige 421.
„ durch Druck 40.
Neurasthenia cerebralis 209.
Neurectomie 22.
Neuritis multiple 225, 251, 313, 348, 375, 510, 524.
„ nach Aetherinjection 451.
„ optica 151.
„ traumatica 238.
Neurom der Urethra 204.
Neurosen viscerale 228.
„ hysterische 280.
„ osteocopische 357.
„ und Nasenleiden 106.
Neu-Seeland, Irrenwesen 192.
Newth 86.
Nicaise 238.
Nilson 495.
Nissl 435, 438.
Nitroglycerin 140, 282.
Normann 329.
le Noir 421.
Nothnagel 485.
Nystagmus unioculaer 216.
Nuclearlähmung 415.

Obersteiner 83, 91, 402.
Oblongata, Faltenbildung 463.
„ Erkrankung 556.
Oculomotoriuslähmung periodische 65.
Oedeme, neuropathische 379, 497.
Oesterreich, Irrenstatistik 119.
Oetvös 35, 36.
Oeynhausen, bei Ischias 352.
Ohrgeräusche 325.
Ollivé 111.
Ophthalmoplegie 267.
Opticus Atrophie 80.
„ Centrum, infracorticales 301.
Oppenheim 64, 81, 524, 533.
Ord 14.
Ormerod 131.
Oser 417.
Osmiumsäure 115, 401.
Ott 158.
Otitis und Hirnaffection 81.
Ottava 331.
Otto 308.
Ozon, Wirkung auf Gehirn 65.

Pachymenigitis interna hypertroph. 41, 339.
„ cervicalis „ 494.
„ dorsalis 83.
„ mit paralyt. Symptomen 380.
Page 232.
Palmer 233.
Paneth 556.
Paradoxe Muskelcontraction 539.
Paraldehyd 87, 140, 143, 168, 566.
Paralyse allgem. fortschreitende, Aetiologie 406, 546 (Sonnenstich).
Paralyse allgem. fortschr. mit visceralen Complicationen 401.
„ „ „ traumatische 406.
„ „ „ Sehstörungen 234, 262.
„ „ „ subnormale Temperatur 67.
„ „ „ erstes Stad. 475.

Paralyse allgem. fortschr. Diagnose 89.
„ „ „ und Syphilis 91, 259, 342.
„ „ „ Besserung 107.
„ „ „ path. Anat. 434.
„ „ „ Statistik 190.
Paralysis agitans 420.
„ trophica infantilis 84.
„ pseudohypertrophica 185.
Paraplegie 161.
„ dolorosa 306.
Paris 546.
Payne 203.
Peckham 62, 205, 220.
Peel 431.
Pelizaeus 150.
Pelletierin 569.
Pensilvanien, Irrenwesen 360.
Peretti 546.
Perverser Sexualtrieb 66, 86, 167.
Peters 40.
Pflüger 481.
Phenylmethylacetonon 570.
Physiologie, vergleichende 250.
Phillipeaux 95, 166.
Phonischer Stimmritzenkrampf 188.
Pick, Aloys 155, 156.
Pick, Arnold 157.
Pierson 312.
Pilgrim 358, 455.
Pitres 186.
Planet 403.
Platysma, Krampf 520.
Poensgen 376.
Pohl 402.
Poliencephalitis 33.
Poliomyelencephalitis 560.
Poliomyelitis anterior acuta 202, 322, 449 (Erwachsene); chronica 558.
Polyneuritis 356.
Polyurie 421.
Ponsaffection 48; luetische 35.
Pontiac, Bericht 529.
Pontoppidan 18.
Porencephalie 358.
Porter 495.
Poulet 96.
Primatenschädel 104.
„ Gehirn 414.
Prostatareizung 204.
Pruritus hiemalis 83.
„ cutaneus unilat. 448.
„ ani et vulvi 569.
Pseudo-Bulbärparalyse 221.
„ Muskelhypertrophie 43, 201.
„ Tabes der Alkoholiker 108.
Psychiatrie, clin. Unterricht 331.
„ Lehrbuch 476.
Psychosen, epileptische 502.
„ nach Kopfverletzung 86.
Psychosen, syphilitische 358.
„ nach Pneumonie 359.
„ motorische Symptome 458.
Psychopathologie 507.
Pulvinar, Anatomie 243.
Pupillenreaction 345.
Pupillenstarre, reflectorische 554.
Putnam 191.
Putzel 45, 387.
Pye 565.
Pyramide, Anatomie 57.
Pyridin 452.
Pyromanie 455.

Quincke 351.
Quinquaud 95.

Rabbas 165.
Rabe 463.
v. Radecki 424.
Radestock 92.
Radialislähmung 266.
Ranke 487.
Ranney 45.
Raudnitz 247.
Raymond 198, 537.
Rayner 86.
Reed 204.
Reflexkrampf, statischer 1, 25, 230.
„ saltatorischer 27.
Reflexe bei Paralyse 518.
Régis 89.
Régnard 450.
Reichert 188.
Reinhardt 49, 67, 73, 201, 259, 464.
Remak E. 58, 145, 265, 269, 324, 353, 400, 401.
Rendu 96.
v. Renz 561.
Rey 189, 406.
Richet 539.
Richter (Dalldorf) 243.
Richter (Pankow) 11.
Rieger 262.
Rindenfelder, motorische 461.
Rindenlaesion 320.
Rindenlocalisation 105.
Rippenbrüche bei Irren 329,
Robinson 224.
Rockwell 203, 407.
Roemer 209.
Roger 455.
Rohacek 519.
Roller 380
Root 208.
Rosenstein 355.
Rossolymmo 224.
Ross 44, 357.

Rosenfeld 334.
Rothe 476.
Roth 156.
Rosenbach Ottom. 12.
Rosenbach P. 14, 116, 375.
Rousseau 455.
Rückenmark, Erschütterung 222.
„ Erkrankung 228; Unheilbare 158.
„ Erkrankung mit Geistesstörung 189, 545; in der Schwangerschaft 561.
„ Tumoren 279, 485.
„ Sclerose 322.
„ Anatomie 181, 271.
„ Localisation 185.
„ Compression 14.
„ Einfluss auf Ernährung 15.
Rumpf 457, 532.
Rumbold 514.

Sailler 96.
Sakaki 10, 64.
Salomon 262.
Salzmann jun. 514.
Sander 92.
Sarcom der Dura 190.
Sauerstoffbehandlung 214.
Savage 86, 328, 517, 518.
Savic 564.
Schädelverletzung 166, 357.
„ tuberculose 454.
Schapiro 401.
Schech 188.
Schlaf, pathologischer 423.
„ Anfälle, hyster.-epil. 34.
Schleife, Anatomie 57, 217, 358.
Schmerzempfindung, Verlangsamung ders. 12.
Schneider Max 453.
Schrader jun. 444.
Schreiber 333.
Schreibkrampf 281, 401.
Schriftsprache bei Halbidioten 283.
Schüle 475.
Schulck 35.
Schulgin 301.
Schultze Fr. 84, 484, 490.
Schuster 488.
Schustow 21.
Schwangerschaft und Psychose 546.
Schwarzkopff 507.
Schwetz, Bericht 456.
Sclerose multiple 35, 488.
„ diffuse 488.
„ laterale, amyotroph. 409.
Searcy 45.
See 143, 377, 452.
Seguin 514.
Sehcentrum 59.
Sehnenphänomene 58, 324.
„ reflexe 538
Sehnerv Anatomie 453.
Sehstörung centrale 464.
„ localisation 466.
Sehsphäre 301.
„ corticale 276.
Seibert 203.
Seitenstrangsclerose amyotroph. 33.
Seitenstränge, Anatomie 78.
Selbstmord 68, 164, 263, (in der Armee), 519 (England).
Selbstbeherrschung 517.
Selbstbeschuldigung 549.
Selbstverstümmelung 546.
Semal 441.
Semalaigne 423.
Sensibilitätsstörung bei Hysterie 236.
Sepilli 306.
Sevestre 96.
Sexualtrieb, perverser 66, 86.
Seymond 354.
Sharkey 454.
Shok 311; electrischer 210.
Shray 116.
Sioli 477.
Smith 211.
Sommerbrodt 376.
Spanien, Irrenwesen 500.
Spermatorrhoe 256.
Spina bifida 265.
Spinalirritation 233.
Spinalparalyse, acute atroph. 232.
„ „ aufsteigende 255.
Spiritismus und Hysterie 139.
Spitzka 100, 212, 223.
Status epilepticus 339.
Stearns 91.
Stein (Frankfurt) 437, 438.
Stein A. W. 515.
Stenjevec, Bericht 519.
Stephan 105.
Sternberg 529.
Stewart 228.
Stickler 44.
Stiller 135, 331.
Stimmgabel als Untersuchungsapparat 284, 324.
Stimmritzenkrampf phon. 188.
Stintzing 558.
Strahan 500.
Strickkörper 199.
Strommessung, electr. 205.
Strümpell 134.
Suckling 143, 494.
Sutterland 475.

Tabes dorsalis u. Poliencephalitis 33.
„ „ im Kindesalter 353.
„ „ illusoria 337.
„ „ troph. Störung. bei 377.
„ „ und Syphilis 110, 189, 257.
„ „ Aetiologie und Symptom. 169, 469.
„ „ psych. Störungen 189.
„ „ Behandlung 457.
„ „ periphere Nervendegeneration 64.
Tachycardie 156.
Tákacs 32, 35, 79, 332.
Tamburini 306.
Tartu 349.
Temperatur subnormale 67.
„ sinn 219, 460.
Terillon 166.
Tetanus 44, 65, 150.
„ traumaticus 21, 32, 44, 188, 232, 514.
Thermisches Centrum 247.
Thomsen 81.
Thomsen (Kappeln) 193.
Thomsen'sche Krankheit 18, 122, 185, 193, 335, 483.
Thomson 201, 357.
Thränenträufeln bei Faciallähmung 331.
„ secretion, einseitige 521.
Tic convulsiv 59.
Tigges 260.
Tinctionsmethode 386.
Tooth 83.
Trautwein 65.
Trepanation bei Epilepsie 505.
„ präventive 238.
„ späte 238.
Trigeminuswurzel 199.
„ anästhesie 255.
„ neuralgie 243, 453, 470.
Tripier 238.
Troitier 479.
Trunksucht 23.
Tuke 330, 443, 499.
Tumor im Balken 127.
„ Excission eines 128.
Tuppert 21.
Typhus und Psychose 141.

Ueberanstrengung, geistige 514.
Uhthoff 151, 521, 554.
Untersuchung des Nervensystems 45.
Unreinliche, Lagerung ders. 92.
Urgubart 423.
Uterinleiden und Psychosen 328.

Vaginismus 166.
Vagusdurchschneidung 95, 166.
Varaglia 196.
Vegas 303.
Veil 379.
Venturi 213.
Veratrum viride 65.
Verbrecher 168; Gehirn 557.
Verbrechen und Irresein 85.
Verfolgungswahn 70.
Verrücktheit, primäre 116, 454.
Verwirrtheit 439; acute hallucinat. 547.
Vierhügel, Anatomie 349.
Vigouroux 185.
Vision, mentale 214.
Vogelgehirn, Phylogenese 301.
Vogelgesang 11.
Voigt (Oeynhausen) 169.
Voigt E. 19.
Voisin 168.
Vulpian 479, 569.

Wachsthum bei Licht 13.
Wagner 279.
Wahnideen, Mechanismus ders. 116.
Wahnsinn, hallucinatorischer 405.
Waller 421.
Walton 63, 208.
de Watteville 328, 401.
Weill 497.
Weiss J. 84, 258.
Weld 526.
Wendt 456.
Westphal 234, 241, 267, 343, 536.
White 422.
Wiglesworth 87, 328, 329.
Wilbrand 416.
Wilfder 59.
Willmarsch 407.
Winkler 507.
Winogradow 21.
Wirbelsäule, Sarkom 306.
Wirbelkrebs 161.
Wood 86, 211, 212, 515.
Wright 212.

Zehery 80.
Zenner 59.
Ziem 498.
Zierl 502.
Zittern, epileptoides 96.
„ choreaförmig 541.
Zunge, Hemiatrophie 446.
„ Geschwüre 553.
Zwangsvorstellung 46.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE